



Aalborg Universitet

AALBORG UNIVERSITY  
DENMARK

## Arbejde og Sygdom - og om at være en del af fællesskabet

*En kritik af forestillingen om arbejdsmarkedsdeltagelsens afgørende betydning for den sociale eksklusion af kronisk syge og handicappede*

Nørup, Iben

DOI (link to publication from Publisher):  
[10.5278/vbn.phd.socsci.00005](https://doi.org/10.5278/vbn.phd.socsci.00005)

Publication date:  
2014

Document Version  
Også kaldet Forlagets PDF

[Link to publication from Aalborg University](#)

*Citation for published version (APA):*

Nørup, I. (2014). *Arbejde og Sygdom - og om at være en del af fællesskabet: En kritik af forestillingen om arbejdsmarkedsdeltagelsens afgørende betydning for den sociale eksklusion af kronisk syge og handicappede*. Aalborg Universitetsforlag. Ph.d.-serien for Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Aalborg Universitet  
<https://doi.org/10.5278/vbn.phd.socsci.00005>

### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal -

### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at [vbn@aub.aau.dk](mailto:vbn@aub.aau.dk) providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

# **ARBEJDE OG SYGDOM – OG OM AT VÆRE EN DEL AF FÆLLESSKABET**

EN KRITIK AF FORESTILLINGEN OM  
ARBEJDSMARKEDSDELTAGELSENS AFGØRENDE  
BETYDNING FOR DEN SOCIALE EKSKLUSION AF  
KRONISK SYGE OG HANDICAPPEDE

**AF  
IBEN NØRUP**

PH.D.AFHANDLING, 2014



AALBORG UNIVERSITET

# **ARBEJDE OG SYGDOM – OG OM AT VÆRE EN DEL AF FÆLLESSKABET**

**EN KRITIK AF FORESTILLINGEN OM  
ARBEJDSMARKEDSDELTAGELSENS AFGØRENDE  
BETYDNING FOR DEN SOCIALE EKSKLUSION AF  
KRONISK SYGE OG HANDICAPPEDE**

Af

Iben Nørup



**AALBORG UNIVERSITY**  
DENMARK

Afhandlingen er indleveret d. 22. juli 2014

Ph.d. afleveret: 22. juli 2014

Ph.d. vejleder: Prof. Henning Jørgensen  
Aalborg Universitet

Ph.d. bi-vejleder: Associate Prof. Sanne Lund Clement  
Ph.d. bedømmelsesudvalg:

Ph.d. bedømmelsesudvalg: Professor og formand Christian Albrekt Larsen  
Institut for Statskundskab, AAU

Professor Knut Halvorsen  
Institutt for sosialfag, Højskolen i Oslo

Seniorforsker Inge Henningsen  
Afdeling for Anvendt Matematik og Statistik, KU

Ph.d. serie: Ph.d.-serien for Det Samfundsvidenskabelige Fakultet,  
Aalborg Universitet

ISSN: 2246-1256  
ISBN: 978-87-7112-153-7

Published by:  
Aalborg University Press  
Skjernvej 4A, 2nd floor  
DK – 9220 Aalborg Ø  
Phone: +45 99407140  
aauf@forlag.aau.dk  
forlag.aau.dk

© Copyright: Iben Nørup

Trykt i Danmark af Rosendahls, 2014



***“Many of the truths we cling to depend greatly on  
our own point of view.”***

OBI-WAN KENOBI  
STARWARS VI, RETURN OF THE JEDI



# FORORD

Inspirationen til denne afhandling kom i første omgang fra debatten om en reformering førtidspensions- og fleksjobområdet, som var meget aktuell på tidspunktet, hvor afhandlingen blev påbegyndt. Debatten synes at være baseret på den grundlæggende præmis, at øget arbejdsmarkedsinklusion per definition altid var positivt, og eksklusion fra arbejdsmarkedet ville medføre social eksklusion og en generel forværring af den enkelte livssituation. Og derfor var det vigtigt at forhindre, at man ”parkerede” mennesker på førtidspension. Denne grundlæggende antagelse om arbejdsmarkedsdeltagelsens afgørende betydning for social eksklusion særligt af kronisk syge og handicappede, der er målgruppen for såvel fleksjob- som førtidspensionsordningen, blev der sjældent stillet spørgsmålstejn ved.

I udgangspunktet godtog jeg præmissen om, at arbejdsmarkedsdeltagelse måtte have en central betydning for social eksklusion, men efterhånden som jeg fik arbejdet mig dybere ned i emnet begyndte en masse spørgsmål at trænge sig på. Hvorfor tror vi fx at arbejdsmarkedseksklusion får alvorlige sociale konsekvenser for kronisk syge, når det ikke også gør det, for efterlønnere og pensionister eller folk som midlertidigt eller permanent forlader arbejdsstyrken for at være hjemmegående husmødre, for at gå på barsel eller for at uddanne eller efteruddanne sig? Er det eksempelvis fordi vi tror, det er mindre slemt, at stå udenfor arbejdsmarkedet, når man når en bestemt alder? Og er det sociale liv i virkeligheden så afhængigt af arbejdsmarkedsdeltagelse, når det kommer til stykket? Har vi overhovedet empirisk belæg for at tro, at en eksklusion fra arbejdsmarkedet også bliver en social deroute?

Jeg var ikke i tvivl om, at der var et vist sammenfald mellem det at stå udenfor arbejdsmarkedet og det at være mere generelt socialt ekskluderet eller marginaliseret. Men kunne det tænkes, at vi sluttede forkert, når vi gik ud fra, at sammenfaldet mellem de to ting, også entydigt betød sammenhæng? Måske får arbejdsmarkedsdeltagelse så central en position, fordi det er det, vi primært ser på, når vi leder efter forklaringer på marginalisering og social eksklusion. Måske ville arbejdsmarkedsdeltagelse slet ikke være det centrale, hvis vi kiggede lidt længere bag om fænomenerne og tillod andre mulige faktorer og forklaringer i vores forståelsesramme. Dette satte jeg mig for at undersøge med denne afhandling, og det blev startskuddet til 2 år og 5 måneders arbejde med analyser af social eksklusion og arbejdsmarkedseksklusion af kronisk syge og handicappede.

Afhandlingen er udarbejdet under den såkaldte "merit-ordning", hvilket betyder, at jeg har fået merit for at have undervist og for at have deltaget i ph.d. kurser i forbindelse med en treårig ansættelse som videnskabelig assistent forud udarbejdelsen af denne afhandling.

De sidste år har været både hårde og spændende og uden hjælp og støtte fra en række mennesker, havde jeg sandsynligvis givet op på halvvejen. Først og fremmest skal lyde en stor tak til mine to vejledere Henning Jørgensen og Sanne Lund Clement. Uden deres kyndige og konstruktive vejledning, var afhandlingen næppe blevet færdig. Der skal også lyde en stor tak til Region Nordjylland og i særdeleshed Anker Lund Vinding, for at jeg kunne få adgang til det unikke og omfattende datasæt, der danner det empiriske grundlag for denne afhandling. En særlig tak skal i den forbindelse lyde til Anker, der var en uvurderlig hjælp både i forbindelse med tilvejebringelse af adgangen til datasættet og når jeg havde brug for assistance til at finde hoved og hale i den enorme mængde variable og informationer.

En helt særlig tak skal også min kære Rasmus have både for at holde humøret og modet oppe, når statistikken og andet drillede, og for at være en både kritisk og konstruktiv sparringspartner, når jeg havde brug for en at diskutere problemstilling og analyser med. Det har haft stor betydning både for min mentale sundhed og for resultatet af afhandlingen.

Sidst men ikke mindst skal også min svigermor Bente have en stor tak for at have taget slæbet med at læse korrektur, sætte kommaer og gætte meningen med halvvejs færdiggjorte sætninger i afhandlingen. Det havde været en helt uoverskuelig opgave, hvis jeg selv havde skullet klare det projekt.

Institut for Statskundskab, Aalborg Universitet

Juli 2014

Iben Nørup



## OM FORFATTEREN

Iben Nørup er uddannet cand.scient.adm fra Aalborg Universitet i 2008. Hun har siden 2006 været tilknyttet Institut for Statskundskab, og i særlig grad Center for Arbejdsmarkedsforskning. Først som studentermedhjælp og efterfølgende som videnskabelig assistent, inden hun i 2011 blev ansat som Ph.D. stipendiat.

Iben Nørups arbejde har i særlig grad været fokuseret på samfundet og arbejdsmarkedets marginalgrupper, bl.a. tidligere med fokus på psykisk syge borgeres tilknytning til arbejdsmarkedet og re-integration af tidligere straffede borgere i samfundet og på arbejdsmarkedet. I forbindelse med ansættelsen som videnskabelig assistent, var Iben Nørup en del af projektet ”Faglig Praksis og Kvalificering i Beskæftigelsessystemets Frontlinje”, et 3 årigt projekt finansieret af SATS pulje midler. Projektets formål var ved kombination af forskellige metoder, observationsstudier, interviews og surveyundersøgelse, at afdække den faglige praksis og den faglige kvalificering blandt medarbejderne i beskæftigelsessystemets frontlinje, særligt med fokus på de medarbejdere som arbejde med udsatte ledige og sygemeldte og personer med problemer udover arbejdssløshed. I den forbindelse har Iben Nørup i samarbejde med de øvrige forskere tilknyttet projektet udgivet tre bøger på baggrund af forskningsresultaterne, ligesom hun også har publiceret en række videnskabelige artikler om faglig praksis i beskæftigelsessystemets frontlinje.

Empirisk arbejder Iben Nørup kvalitativt såvel som kvantitativt, dog med særlig interesse for det kvantitative arbejde, herunder i særdeleshed kombinationen af forskellige typer af kvantitative data, fx registerdata og surveydata, og arbejdet med mere komplekse statistiske modeller.

# DANSK RESUMÉ

Afhandlingen tager sit afsæt i reformen af fleksjob og førtidspension, der trådte endeligt i kraft januar 2013. Reformen lægger op til en aktiv arbejdsmarkedsrettet indsats overfor en gruppe af borgere, der hidtil ikke har været betragtet som en beskæftigelsespolitisk målgruppe, nemlig personer med ingen eller meget lille arbejdsevne som følge af en kronisk sygdom eller et handicap. Det kan synes paradokssalt at rette et så massivt beskæftigelsespolitisk fokus mod en gruppe af borgere, der netop står udenfor arbejdsmarkedet fordi deres arbejdsevne har været vurderet ikke tilstedeværende pga. sygdom eller handicaps. Et argument for at gøre det alligevel, har været at man ved at give disse borgere en beskæftigelsesrettet indsats formodes at kunne forbedre deres arbejdsevne, endda for nogle i en sådan grad, at de ville kunne (gen)indtræde på det ordinære arbejdsmarked. Om denne antagelse holder savnes der imidlertid videnskabeligt belæg for. Reformen kan ligeledes betragtes som et eksempel på det generelle syn på arbejdsmarkedsdeltagelsen som afgørende i forhold til at sikre social inklusion og deltagelse og undgå social eksklusion. Dette kommer diskursivt til udtryk i reformaftalen, hvor deltagelse på arbejdsmarkedet og det at være en del af "fællesskabet" allerede i indledningen til aftalen knyttes tæt sammen. Afhandlingen stiller imidlertid kritisk spørgsmålstejn ved denne sammenkædning af arbejdsmarkedsdeltagelse og social eksklusion, og rejser helt overordnet spørgsmålet *"Medfører eksklusion fra arbejdsmarkedet en øget oplevelse af social eksklusion blandt kronisk syge og handicappede, og hvordan kan sammenhængene mellem arbejdsmarkedseksklusion, kronisk sygdom og handicap og oplevelsen af social eksklusion forstås og forklares?"*

Afhandlingens analyser indledes med en gennemgang af udviklingen i antal og sammensætning af gruppen af førtidspensionister, og her dokumenteres det, at antallet af førtidspensionister dels har været ganske stabilt gennem de seneste ti år, ligesom langt størstedelen af førtidspensionisterne tildeles personer, der aldersmæssigt er over 40 år. Kun en meget lille del af førtidspensionisterne er under 30 år, og generelt har gruppen af førtidspensionister uanset om man kigger på den samlede gruppe eller på nytilkendelserne de enkelte år et markant højere aldersgennemsnit end resten af arbejdsstyrken. I forhold til diagnosetyper dokumenteres det i afhandlingen, at hvor kognitive handicaps (retardering, hjerneskader mv.) og svære psykiatriske diagnoser (fx skizofreni) i høj grad er dominerende diagnoser blandt de yngre personer, som tilkendes pension, så er det lidelser som bevægeapparatlidelser, forskellige somatiske sygdomme (fx åndedræt- eller nervesystemslidelser og kræft) samt psykiske lidelser generelt, der dominerer blandt den ældste del, af de personer som tilkendes pension.

Teoretisk baseres afhandlingen på Amartya Sen's kapabilitetstilgang samt på Silke Bothfeldt & Sigrid Betzelts tredelte model over autonomi og medborgerskab. Disse to perspektiver benyttes i afhandlingen til at konstruere en teoretisk model over

social eksklusion. Modellen tager højde for, at eksklusion kan komme til udtryk i forhold til forskellige aspekter af den enkeltes liv, og ikke blot er et spørgsmål om deltagelse i bestemte aktiviteter. Ligeledes sonder modellen også mellem det at stå frivilligt udenfor, og det at være ufrivilligt ekskluderet. Det betyder, at eksklusion ikke blot måles som eksempelvis en bestemt grad af deltagelse eller hyppighed af social kontakt med andre mennesker, men i lige så høj grad, som forskellen mellem det, man gør, og det man gerne ville gøre. Manglende deltagelse, social kontakt etc. er derfor først for alvor problematisk, når der er tale om en ufrivillig situation.

Afhandlingens statistiske analyser af arbejdsmarkedsdeltagelsens betydning for den sociale eksklusion af kronisk syge og handicappede, baserer sig på Region Nordjyllands survey "Sundhedsprofilen 2010", der endvidere er koblet sammen med Danmarks Statistiks registre og DREAM databasen. Med brug af strukturelle ligningsmodeller analyseres kronisk sygdom og handicaps effekt på tre dimensioner af social eksklusion – en psykologisk dimension, en social dimension og en deltagelses dimension – og ikke mindst analyseres det hvordan arbejdsmarkedseksklusion påvirker denne sammenhæng. Resultaterne af analyserne viser, at hvor kronisk sygdom og handicap både har en meget stærk effekt og forklaringskraft i forhold til alle tre dimensioner af social eksklusion og i forhold til arbejdsmarkedseksklusion, så har arbejdsmarkedseksklusionen praktisk talt ingen selvstændig effekt på den sociale eksklusion. Dette gælder både når man kigger på den direkte, og når man kigger på, om arbejdsmarkedseksklusion indirekte øger den sociale eksklusion kronisk syge og handicappede oplever som følge af deres sygdom / handicap. Når kronisk syge og handicappede socialt ekskluderes skyldes det altså først og fremmest deres sygdom eller handicap. Det er altså ikke en eventuel manglende deltagelse på arbejdsmarkedet der er årsagen til social eksklusion, ligesom arbejdsmarkedsdeltagelsen heller ikke i sig selv afhjælper social eksklusion.

Til gengæld ses en stærk effekt af kronisk sygdom og handicap på arbejdsmarkedseksklusion, og det konkluderes i afhandlingen at kronisk sygdom og handicap er en central årsag til såvel social eksklusion som arbejdsmarkedseksklusion, men at sammenhængen mellem arbejdsmarkedseksklusion og social eksklusion i høj grad er spuriøs. Ligeledes ændrer deltagelse på arbejdsmarkedet heller ikke ved den sociale eksklusion, der er forårsaget af kronisk sygdom og handicap. Arbejdsmarkedsdeltagelse er således hverken årsagen til den sociale eksklusion eller løsningen på problemet.

# ENGLISH SUMMARY

The inspiration to this dissertation came originally from the ongoing reform process of the Danish disability pension and supported labor to people with disabilities (Flexijob) schemes. The reforms introduced a much stronger employment focus and an employment effort targeting chronically ill and disabled persons. A group of citizens who previously hadn't been part of the employment effort due to their extensive impairments. The reform strongly limited the access to disability pension especially for people under the age of 40 years old, and it expanded the definition of flexijobs, so that the arrangement could be used for people with extremely limited ability to work. In practice a flexijob could be used to people with the ability to work as little as two hours a week.

One of the main political arguments for introducing a strong employment focus on this group of severely ill and disabled persons were, that an exclusion from the labor market would cause general social exclusion as well as it would worsen the already precarious social situation ill and disabled persons faced due to their health related limitations. Thus labor market inclusion were considered both a necessity for a greater societal inclusion as well as the cure for the social exclusion chronically ill and disabled persons experiences because of their impairments.

However a study of existing literature found little empirical evidens in support for this assumed causal relationship between labormarket exclusion and social exclusion. The limited studies that actually had been conducted on data from modern welfare states indicated, that the relation between labor market exclusion and social exclusion were far from that simple, and that individuals seemed to respond to labor market exclusion in various ways.

This led to a critrical view on the existing theoretical literature on the relationship between labor market exclusion and social exclusion, and the dissertation raised the question: *Does labor market exclusion leads to a larger social exclusion amongst chronically ill and disabled persons, and how can the the relation between labor market exclusion, chronically illness and disability and the experience of social exclusion be understood and explained?*

Theoretically the dissertation is based on a combination of Amartya Sens capability approach and the three dimensional model of autonomy and citizenship developed by Silke Bothfeldt and Sigrid Betzelt. The two perspectives are used to construct a model of social exclusion. The model takes into account, that social exclusion can be experienced in several ways and on more than one levels. Thus social exclusion cannot be reduced just to a question of participation in specific activities, but must include both individual experiences of having the autonomy and possibility to



participate as well as the social relations and actual societal participation of the individual. To understand social exclusion, one must accept the fact the people have different priorities and different life projects and that social exclusion therefore cannot be measured sufficient, if one only measure what people do without looking at, what they would like to do if they had the option or possibility.

The constructed theoretical concept of social exclusion is operationalized using a large set of quantitative data consisting of a survey of approximately 25.000 respondents conducted in the Region of Northern Jutland. The survey is linked to the Danish Registers as well as the DREAM database that measures week for week whether the respondent has received any type of benefits. The register measures week for week through out the year any public benefits, the individual might have received from social assistance and unemployment benefits to public pension and study support.

To measure the complex relationship between market exclusion, chronically illness and disability and the experience of social exclusion advanced models of causality has been constructed using structural equation modeling.

The results of the statistical analysis shows with great strength and reliability, that while chronically illness and disability is major cause for social exclusion, labor market exclusion isn't. In other words labor market exclusion neither is the cause of the social exclusion chronically ill and disabled experience nor does it worsen the experience of social exclusion. The analysis have been conducted on three different levels – an individual, psychological and lifestyle related level, a social level and a participatory level. On all three dimensions, the results are the same. Labor market participation does not have the great effect on social exclusion as it is often assumed.

What seems to be the case is that the relation between labor market participation and social exclusion is spurious. Both phenomenons are caused by chronically illness/disability hence they covary both do not actually correlate.

The analysis also shows that chronically illness/disability cause a lack of personal autonomy or a high social exclusion on the individual level and this high exclusion on the individual level leads to lack of social relations and a low degree of social and societal participation.



# INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>Indholdsfortegnelse.....</b>	<b>1</b>
<b>Kapitel 1 Indledning – Et blik på arbejde, sygdom og social eksklusion .....</b>	<b>15</b>
1.2 Et teoretisk blik på arbejde og social eksklusion.....	22
1.3 Et kritisk perspektiv på den eksisterende teori .....	33
1.4 Afhandlingens fokus .....	38
1.4.1 Undersøgelsesspørgsmål .....	39
1.5 Oversigt over afhandlingens opbygning.....	41
<b>Kapitel 2 Handicap, beskæftigelse og marginalisering – hvad ved vi.....</b>	<b>43</b>
2.1 Arbejdsmarkedsdeltagelse blandt kronisk syge og handicappede.....	44
2.1.1 Handicappets omfang og karakter .....	46
2.2 Handicap, marginalisering og trivsel.....	48
2.2.1 Levevilkår og trivsel .....	48
2.2.2 Uddannelse.....	51
2.2.3 Deltagelse og socialt netværk.....	53
2.3 Opsummering.....	55
<b>Kapitel 3 Førtidspension - historie og udvikling .....</b>	<b>57</b>
3.1 Fra invalideforsikring til førtidspension.....	58
3.1.1 Førtidspensionen indføres .....	60
3.1.2 Reformen i 2003.....	61
3.1.3 Reformen i 2013.....	64
3.2 Udviklingen i gruppen af førtidspensionister .....	67
3.2.1 Alders og kønssammensætning .....	67

3.2.2 Diagnosefordeling blandt nytilkendelserne af førtidspension .....	71
3.2.3 Uddannelsesniveau blandt nytilkendelser .....	80
3.3 Opsamling .....	82
<b>Kapitel 4 Medborgerskab, autonomi og kapabiliteter – afhandlingens teoretiske fundament .....</b>	<b>85</b>
4.1 Afhandlingens social eksklusionsbegreb .....	87
4.2 Eksklusion som tab af medborgerskab.....	89
4.3 Medborgerskab og autonomi.....	93
4.3.1 Medborgerskab som individuel autonomi – et tredimensionelt begreb..	97
4.4 Kapabilitetstilgangen .....	103
4.4.1 Kapabiliteter og functionings.....	105
4.4.2 Kapabiliteter og commodities .....	107
4.4.3 Well-being og agency .....	109
4.4.4 Kapabilitet til at arbejde.....	110
4.4.5 kritik af kapabilitetstilgangen.....	111
4.5 Kapabilitet til selvbestemmelse – medborgerskab og social eksklusion i afhandlingen.....	114
4.5.1 Kapabiliteten til autonomi.....	115
<b>Kapitel 5 Afhandlingens undersøgelsesdesign og metode.....</b>	<b>119</b>
5.1 Undersøgelsesdesign – arbejde som Z-variabel .....	119
5.1.1 Afhandlingens uafhængige variabel.....	120
5.2 Metode .....	122
5.2.1 Introduktion til afhandlingens statistiske metode.....	123
5.2.2 Teori og videnskabsteori i SEM.....	130
5.3 Operationalisering af afhandlingens teoretiske begreber .....	133
5.4 Introduktion til afhandlingens statistiske modeller .....	149

5.4.1 Den individuelle dimension af social eksklusion .....	150
5.4.2 Den sociale dimension af social eksklusion .....	162
5.4.3 Den politiske dimension af social eksklusion .....	165
5.4.4 Individ og struktur i analyserne.....	170
5.5 Spørgeskemaet fokus og opbygning .....	171
5.5.1 Frafald .....	174
<b>Kapitel 6 De individuelle dimensioner af social eksklusion.....</b>	<b>177</b>
6.1 De psykologiske aspekter af den individuelle sociale eksklusion .....	178
6.1.1 Analyse af model fit I.....	181
6.1.2 Analyse af modellens forklaringskraft og sammenhænge I .....	184
6.2 Den endelige model, de psykologiske aspekter af den individuelle dimension .....	189
6.2.1 Analyse af model fit II .....	191
6.2.2 Analyse af modellens forklaringskraft og sammenhænge II .....	193
6.2.3 Opsamling .....	200
6.3 De livsstilmæssige aspekter af den individuelle sociale eksklusion .....	201
6.3.1 Analyse af model fit III.....	204
6.3.2 analyse af modellens forklaringskraft og sammenhænge III.....	205
6.4 Den endelige model, de livsstilmæssige aspekter af den individuelle dimension .....	208
6.4.1 Analyse af model fit IV.....	210
6.4.2 Analyse af modellens forklaringskraft og sammenhænge IV.....	211
6.4.3 Opsamling .....	217
6.5 Individuelle kapabiliteter .....	217
6.5.1 Kapabilitetsmodellerne .....	219
6.5.2 Livsstilsændring, Alkohol forbrug .....	221

6.5.3 Livsstilsændring, rygning.....	228
6.5.4 Livsstilsændring, kostvaner .....	235
6.6 Opsamling .....	241
<b>Kapitel 7 Den sociale dimension .....</b>	<b>243</b>
7.1 Udgangspunktsmodellen for den sociale dimension .....	244
7.1.1 Udgangspunktsmodellens effekter I.....	248
7.2 Den udbyggede model over den sociale dimension .....	250
7.2.1 Den udbyggede models effekter II .....	253
7.3 Den endelige model .....	255
7.3.1 Den endelige models effekter III.....	258
7.3.2 Opsamling .....	262
7.4 Social kapabilitet.....	265
7.4.1 Udgangspunktsmodellen over social kapabilitet I.....	265
7.4.2 Den endelige model over social kapabilitet II.....	270
7.5 Opsamling .....	276
<b>Kapitel 8 Den politiske dimension .....</b>	<b>279</b>
8.1 Udgangspunktsmodellen for den politiske dimension .....	280
8.1.1 Udgangspunktsmodellens effekter I.....	284
8.2 Den udbyggede model for den politiske dimension .....	286
8.2.1 Den udbyggede models effekter II .....	290
8.3 Den endelige model .....	292
8.3.1 Den endelige models effekter III.....	296
8.3.2 Opsamling .....	299
8.4 Politisk kapabilitet.....	301
8.4.1 Udgangspunktsmodellen over politisk kapabilitet I.....	302

8.4.2 Den endelige model over politisk kapabilitet II .....	306
8.5 Afslutning .....	311
<b>Kapitel 9 De forskellige kategorier af handicaps betydning.....</b>	<b>315</b>
9.1 Den individuelle dimension .....	317
9.1.1 De psykologiske aspekter af den individuelle dimension .....	317
9.1.3 De livsstilmæssige aspekter af den individuelle dimension.....	329
9.2 Den sociale dimension .....	336
9.3 Den politiske dimension.....	342
9.4 Opsamling .....	349
<b>Kapitel 10 Når helbredet modarbejder - Afhandlingens konklusioner.....</b>	<b>353</b>
10.1 Empiriske resultater i forhold til de tre dimensioner af eksklusion.....	358
10.2 diagnose- og handicaptyper.....	368
10.3 Funktioner og forudsætninger. Hvorfor arbejdsmarkedseksklusion ikke betyder så meget – og hvorfor sygdom og handicap gør.....	371
10.4 Autonomi og kapabilitet. Om samspillet mellem de tre niveauer af eksklusion .....	376
10.5 Policy anbefalinger og betydning for praksis .....	381
<b>Literatur liste.....</b>	<b>389</b>
<b>Appendix.....</b>	<b>405</b>

# AFHANDLINGENS FIGURER

## Kapitel 3

**Figur 1.1:** Udviklingen i antallet af førtidspensionister 2004-2012 fordelt på alder

**Figur 1.2:** Andel af nytilkendelser over og under 40 år, 2005 / 2012

**Figur 3.3:** Antal førtidspensionister, faktisk antal og procentdel fordelt på alder, 2005 / 2012

**Figur 3.5:** Antallet af nytilkendelser blandt mænd og kvinder fordelt efter alder, 2012

**Figur 3.6:** Antal nytilkendelser på baggrund af fysiske og psykiske diagnoser, 2005/2012

**Figur 3.7:** Fordeling af forskellige diagnoser blandt nytilkendelser, 2005 / 2012

**Figur 3.8:** Unge under 30 år - Fordeling af forskellige diagnoser blandt nytilkendelser, 2005 / 2012

**Figur 3.9:** Personer mellem 30 og 40 år - Fordeling af forskellige diagnoser blandt nytilkendelser, 2005 / 2012

**Figur 3.10:** Personer over 40 år - Fordeling af forskellige diagnoser blandt nytilkendelser, 2005 / 2012

**Figur 3.11:** uddannelsesniveau blandt personer tilkendt førtidspension i 2012

## Kapitel 4

**Figur 4.1:** Det tredelte autonomibegreb – en model over individets position og offentlige politikkers rolle

**Figur 4.2:** Kapabilitet til autonomi – en kombineret model over kapabilitetstilgangen anvendt i samspil med det autonomibaserede medborgerskabsbegreb



## Kapitel 5

**Figur 5.1:** Afhandlingens overordnede design

**Figur 5.2:** Simpelt eksempel på den strukturelle del af SEM

**Figur 5.3:** Simpelt eksempel på konstruktionen af en latent variabel

**Figur 5.4:** En simplistisk fuld strukturel ligningsmodel med tre latente variable

**Figur 5.5:** Den individuelle dimension

**Figur 5.6:** Den sociale dimension

**Figur 5.7:** Den politiske dimension

**Figur 5.8:** Kvantitativ operationalisering af social eksklusion

**Figur 5.9:** Strukturel ligningsmodel over den første individuelle dimension

**Figur 5.10:** Strukturel ligningsmodel over den anden individuelle dimension

**Figur 5.11:** Strukturel ligningsmodel, Individuel kapabilitet 1

**Figur 5.12:** Strukturel ligningsmodel, Individuel kapabilitet 2

**Figur 5.14:** Strukturel ligningsmodel, Individuel kapabilitet 3

**Figur 5.14:** Strukturel ligningsmodel over den sociale dimension

**Figur 5.15:** Strukturel ligningsmodel, social kapabilitet

**Figur 5.16:** Strukturel ligningsmodel over den politiske dimension

**Figur 5.17:** Strukturel ligningsmodel, politisk kapabilitet

## Kapitel 6

**Figur 6.1:** Udgangspunktsmodellen, de psykologiske aspekter af den individuelle dimension

**Figur 6.2:** CFA, Kronisk sygdom og handicap

**Figur 6.3:** CFA, Social eksklusion, individuel, psykologisk dimension

**Figur 6.4:** Udgangspunktsmodellens fit statistics

**Figur 6.5:** Modellens forklaringskraft. Udgangspunktsmodellen, de psykologiske aspekter af den individuelle dimension

**Figur 6.6:** Modellens effekter, Maximum likelihood estimator. Udgangspunktsmodellen, de psykologiske aspekter af den individuelle dimension

**Figur 6.7:** Den endelige model, de psykologiske aspekter af den individuelle dimension af sociale eksklusion

**Figur 6.8:** Fit statistics, den endelige model over de psykologiske aspekter af den individuelle dimension af social eksklusion

**Figur 6.9:** Modellens forklaringskraft. Den endelige model, de psykologiske aspekter af den individuelle dimension af sociale eksklusion

**Figur 6.6:** Modellens effekter, Maximum likelihood estimator. Udgangspunktsmodellen, de psykologiske aspekter af den individuelle dimension

**Figur 6.11:** CFA, Individuel, livsstilmæssig eksklusion

**Figur 6.12:** Udgangspunktsmodellen, de psykologiske aspekter af den individuelle dimension

**Figur 6.13:** Udgangspunktsmodellens fit statistics, den individuelle, livsstilmæssige dimension

**Figur 6.14:** Modellens forklaringskraft. Udgangspunktsmodellen, de livsstilmæssige aspekter af den individuelle dimension

**Figur 6.15:** Modellens effekter, Maximum likelihood estimator. Udgangspunktsmodellen, de livsstilmæssige aspekter af den individuelle dimension

**Figur 6.16:** Den endelige model, de livsstilmæssige aspekter af den individuelle dimension af sociale eksklusion

**Figur 6.16:** Den endelige model, de livsstilmæssige aspekter af den individuelle dimension af sociale eksklusion

**Figur 6.17:** Fit statistics, den endelige model over de livsstilmæssige aspekter af den individuelle dimension af social eksklusion

**Figur 6.18:** Modellens forklaringskraft. Den endelige model, de livsstilmæssige aspekter af den individuelle dimension af social eksklusion

**Figur 6.19:** Modellens effekter. Log likelihood estimator. Den endelige model, de livsstilmæssige aspekter af den individuelle dimension af sociale eksklusion

**Figur 6.20:** Eksempel på udgangspunktsmodel over individuel, livsstilmæssig kapabilitet

**Figur 6.21:** Eksempel på en endelig model over individuel, livsstilmæssig kapabilitet

**Figur 6.22:** Udgangspunktsmodellens fit statistics, livsstilsændring, alkoholforbrug

**Figur 6.23:** Modellens forklaringskraft. Udgangspunktsmodellen, alkoholforbrug

**Figur 6.24:** Modellens effekter. Log likelihood estimator. Kapabilitetsperspektivet, udgangspunktsmodel, alkoholforbrug

**Figur 6.25:** Den endelige model, fit statistics, livsstilsændring, alkoholforbrug

**Figur 6.26:** Modellens forklaringskraft. Den endelige model, alkoholforbrug

**Figur 6.27:** Modellens effekter. Log likelihood estimator. Kapabilitetsperspektivet, endelig model, alkoholforbrug

**Figur 6.28:** Udgangspunktsmodellens fit statistics, livsstilsændring, rygestop

**Figur 6.29:** Modellens forklaringskraft. Udgangspunktsmodellen, rygestop

**Figur 6.30:** Modellens effekter. Log likelihood estimator. Kapabilitetsperspektivet, udgangspunktsmodel, rygestop

**Figur 6.31:** Den endelige model, fit statistics, livsstilsændring, rygestop

**Figur 6.32:** Modellens forklaringskraft. Den endelige model, rygestop

**Figur 6.33:** Modellens effekter. Log likelihood estimator. Kapabilitetsperspektivet, endelig model, rygestop

**Figur 6.34:** Udgangspunktsmodellens fit statistics, livsstilsændring, kostændring

**Figur 6.35:** Modellens forklaringskraft. Udgangspunktsmodellen, kostændring

**Figur 6.36:** Modellens effekter. Log likelihood estimator. Kapabilitetsperspektivet, udgangspunktsmodel, kostændring

**Figur 6.37:** Den endelige model, fit statistics, livsstilsændring, kostændring

**Figur 6.38:** Modellens forklaringskraft. Den endelige model, kostændring

**Figur 6.39:** Modellens effekter. Log likelihood estimator. Kapabilitetsperspektivet, endelig model, kostændring

## Kapitel 7

**Figur 7.1.:** Udgangspunktsmodellen, den sociale dimension

**Figur 7.2:** CFA, Social eksklusion, den sociale dimension

**Figur 7.3:** Udgangspunktsmodellens model fit

**Figur 7.4:** Modellens forklaringskraft. Udgangspunktsmodellen, den sociale dimension

**Figur 7.5:** Modellens effekter, Maximum likelihood estimator. Udgangspunktsmodellen, den sociale dimension

**Figur 7.6:** Den udvidede model, den sociale dimension

**Figur 7.7:** Den udvidede models fit, den sociale dimension

**Figur 7.9:** Modellens effekter, Maximum likelihood estimator. Den udvidede model, den sociale dimension

**Figur 7.10:** Den endelige model, den sociale dimension

**Figur 7.11:** Den endelige models fit, den sociale dimension

**Figur 7.12:** Modellens forklaringskraft. Den endelige model, den sociale dimension

**Figur 7.13:** Modellens effekter, Maximum likelihood estimator. Den endelige model, den sociale dimension

**Figur 7.14:** Udgangspunktsmodel, social kapabilitet

**Figur 7.15:** Model fit, udgangspunktsmodellen, social kapabilitet

**Figur 7.16:** Modellens forklaringskraft, udgangspunktsmodellen, social kapabilitet

**Figur 7.17:** Modellens effekter, Maximum likelihood estimator. Udgangspunktsmodellen, social kapabilitet

**Figur 7.18:** Den endelige model, social kapabilitet

**Figur 7.19:** Model fit, den endelige model, social kapabilitet

**Figur 7.20:** Modellens forklaringskraft, den endelige model, social kapabilitet

**Figur 7.21:** Modellens effekter, Maximum likelihood estimator. Den endelige model, social kapabilitet

## **Kapitel 8**

**Figur 8.1:** Udgangspunktsmodellen for den politiske dimension

**Figur 8.2:** CFA, social eksklusion, den politiske dimension

**Figur 8.3:** Udgangspunktsmodellens model fit

**Figur 8.4:** Modellens forklaringskraft. Udgangspunktsmodellen, den politiske dimension

**Figur 8.5:** Modellens effekter, Maximum likelihood estimator. Udgangspunktsmodellen, den politiske dimension

**Figur 8.6:** Den udvidede model, den sociale dimension

**Figur 8.7:** Den udvidede models fit, den politiske dimension

**Figur 8.8:** Modellens forklaringskraft. Den udvidede model, den politiske dimension

**Figur 8.9:** Modellens effekter, Maximum likelihood estimator. Den udvidede model, den politiske dimension

**Figur 8.10:** Den endelige model, den politiske dimension

**Figur 8.11:** Den endelige models fit, den politiske dimension

**Figur 8.12:** Modellens forklaringskraft. Den endelige model, den politiske dimension

**Figur 8.13:** Modellens effekter, Maximum likelihood estimator. Den endelige model, den politiske dimension

**Figur 8.14:** Udgangspunktsmodel, politisk kapabilitet

**Figur 8.15:** Model fit, udgangspunktsmodellen, politisk kapabilitet

**Figur 8.16:** Modellens forklaringskraft, udgangspunktsmodellen, politisk kapabilitet

**Figur 8.17:** Modellens effekter, Maximum likelihood estimator. Udgangspunktsmodellen, politisk kapabilitet

**Figur 8.18:** Den endelige model, politisk kapabilitet

**Figur 8.19:** Model fit, den endelige model, politisk kapabilitet

**Figur 8.20:** Modellens forklaringskraft, den endelige model, politisk kapabilitet

**Figur 8.21:** Modellens effekter, Maximum likelihood estimator. Den endelige model, politisk kapabilitet

## Kapitel 9

**Figur 9.1:** Diagnosetypens betydning for de psykologiske aspekter af den individuelle sociale eksklusion. Et eksempel.

**Figur 9.2:** Sammenligning af de forskellige diagnosekategoriers effekter op de psykologiske aspekter af den individuelle sociale dimension

**Figur 9.3:** Sammenligning af effekterne af arbejdsmarkedseksklusion på de psykologiske aspekter af den individuelle sociale eksklusion af kronisk syge og handicappede fordelt efter diagnosekategori

**Figur 9.4:** De enkelte diagnosekategoriers effekter på arbejdsmarkedseksklusionen

**Figur 9.5:** Diagnosetypens betydning for de livsstilmæssige aspekter af den individuelle sociale eksklusion. Et eksempel

**Figur 9.6:** Sammenligning af de forskellige diagnosekategoriers effekter op de livsstilmæssige aspekter af den individuelle dimension

**Figur 9.7:** Sammenligning af effekterne af arbejdsmarkedseksklusion på de livsstilmæssige aspekter af den individuelle sociale eksklusion af kronisk syge og handicappede fordelt efter diagnosekategori

**Figur 9.8:** Diagnosetypens betydning for den sociale dimension af sociale eksklusion. Et eksempel

**Figur 9.9:** Sammenligning af de forskellige diagnosekategoriers effekter på den sociale dimension af social eksklusion

**Figur 9.10:** Sammenligning af effekterne af arbejdsmarkedseksklusion på den sociale dimension af social eksklusion af kronisk syge og handicappede fordelt efter diagnosekategori

**Figur 9.11:** Diagnosetypens betydning for den politiske dimension af sociale eksklusion. Et eksempel

**Figur 9.12:** Sammenligning af de forskellige diagnosekategoriers effekter på den politiske dimension af social eksklusion

**Figur 9.13:** Sammenligning af effekterne af arbejdsmarkedseksklusion på den politiske dimension af social eksklusion af kronisk syge og handicappede fordelt efter diagnosekategori





# Kapitel 1 INDLEDNING – ET BLIK PÅ ARBEJDE, SYGDOM OG SOCIAL EKSKLUSION

*”Regeringen (Socialdemokraterne, Socialistisk Folkeparti og Radikale Venstre) og Venstre, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti er enige om, at det er nødvendigt at nytænke førtidspensions- og fleksjobområdet, så flere får mulighed for at realisere deres potentiale i et aktivt arbejdsliv og være en del af fællesskabet.” (Aftale om reform af førtidspension og fleksjob, 2012)*

Sådan lyder indledningen til den reform af førtidspensions- og fleksjobområdet, der trådte i kraft 1.januar 2013. Reformen lægger op til en aktiv, arbejdsmarkedsrettet indsats overfor en gruppe af borgere, der hidtil ikke har været betragtet som en beskæftigelsespolitisk målgruppe, nemlig personer med ingen eller meget lille arbejdsevne som følge af en kronisk sygdom eller et handicap. Det kan synes paradoksalt at rette et så massivt beskæftigelsespolitisk fokus, mod en gruppe af borgere der netop står udenfor arbejdsmarkedet, fordi deres arbejdsevne har været vurderet ikke tilstedeværende pga. sygdom eller handicaps. Et argument for at gøre det alligevel har været, at man ved at give disse borgere en beskæftigelsesrettet indsats formodes at kunne forbedre deres arbejdsevne, for nogle endda i en sådan grad, at de ville kunne (gen)indtræde på det ordinære arbejdsmarked. Om denne antagelse holder, savnes der imidlertid videnskabeligt belæg for, da netop gruppen af førtidspensionister, er en gruppe af borgere, der ikke eksisterer ret meget forskningsbaseret viden om (se dog: Caswell m.fl.:2012, Clement:2004, Blekesaune & Øverbye:2000 og Halvorsen & Johannesen:1991).

En anden, og måske mere afgørende årsag til, at der netop i 2012-13 tilrettelægges en aktiv, beskæftigelsesrettet indsats overfor gruppen af potentielle førtidspensionister, skal formentlig findes i den økonomiske situation ikke bare i Danmark, men i hele Europa og store dele af den vestlige verden. Danmark og

resten af Europa har siden 2008-09 gennemlevet en alvorlig finansiel krise og økonomisk recession. Dette har medført en kraftigt italesat bekymring omkring de europæiske velfærdsstaters fortsatte økonomiske og finansielle bæredygtighed. Velfærdsydelser generelt er blevet italesat som værende for dyre og uden finansieringsmuligheder, ligesom de også har været under kritik for at passivgøre modtagerne af ydelserne (Taylor-Gooby:2009). Dette gjorde omfattende beskæftigelsespolitiske tiltag og aktiveringspolitikker rettet mod de, der tidligere var betragtet som en ikke-målgruppe, spiselige både for såvel politikere som befolkningen. Der er skabt en normativ forståelse af at alle skal og bør deltage på arbejdsmarkedet i understøttet beskæftigelse, også de grupper man hidtil betragtede som værende ude af stand til at leve op til en sådan norm (Taylor-Gooby:2009, Betzelt & Bothfeld:2011). Dette har betydet, at det ikke alene er blevet socialt acceptabelt men også betragtes som økonomisk og moralsk nødvendighed, at øge arbejdsmarkedsintegrationen af netop en gruppe som førtidspensionisterne.

Vender vi tilbage til reformen af førtidspensionsområdet, så var der forud for denne gået flere års politisk debat om særligt førtidspensionsordningen, og om de konsekvenser det formodedes, at en permanent eksklusion fra arbejdsmarkedet måtte have for såvel det enkelte individ som for samfundsøkonomien. Denne debat og det politiske arbejde i kølvandet herpå mandede ud i den omtalte, brede politiske reform der på mange måder ikke kun opsummerer den konkrete debat om førtidspensionsområdet, men også kan ses som en eksemplificering og konkretisering af det generelle syn på lønarbejdets betydning som den afgørende faktor i forhold til at sikre social inklusion og deltagelse og undgå social eksklusion. Dette kommer diskursivt til udtryk i reformaftalen, hvor deltagelse på arbejdsmarkedet og det at være en del af "fællesskabet" allerede i indledningen til aftalen knyttes tæt sammen. Det er ikke nyt hverken politisk eller hvis man retter blikket mod den teoretiske litteratur, at eksklusion fra arbejdsmarkedet knyttes tæt sammen med generel eksklusion og marginalisering i samfundet (Bothfeld & Betzelt: 2011, Baadsgaard m.fl.: 2014, Larsen & Brodtkin: 2013, Jørgensen:2011). Arbejdsmarkedseksklusion har også været tæt forbundet med begreber som fattigdom og økonomisk ulighed. Når spørgsmålet om eksklusion fra arbejdsmarkedet har været debatteret, har det således både været arbejdets sociale

og inkluderende funktion, såvel som spørgsmålet om økonomisk forarmelse og ulighed, der har været på dagsordenen. På den måde er de seneste års store politiske fokus på førtidspensionen, og den exit fra arbejdsmarkedet en sådan pension medfører, ikke et brud med den måde, man hidtil har anskues fænomenet på. Men tendensen er både i den teoretiske og videnskabelige debat, såvel som den politiske debat, at fokus i stadig stigende omfang rettes mod deltagelse på arbejdsmarkedet som primær og afgørende faktor for også at kunne deltage i samfundet generelt. Samtidig fylder spørgsmålet om økonomisk ulighed og fattigdom mindre i den politiske debat (Bothfeld & Betzelt i Bothfeld & Betzelt:2011). Og ser man på spørgsmålet om, hvordan samfundet sikrer, at personer der enten midlertidigt eller permanent ikke kan forsørge sig selv, ikke ender i fattigdom, så har dette perspektiv været bemærkelsesværdigt fraværende i den seneste debat om førtidspension. Debattens omdrejningspunkt har været arbejdsmarkedet som afgørende kilde til social inklusion og deltagelse i ”fællesskabet”.

Der synes således i den politiske debat at være en forholdsvis bred konsensus om, at førtidspension, og det at en række borgere står permanent udenfor arbejdsstyrken pga. sygdom og handicaps, er et relativt simpelt problem, der kan løses ved at begrænse muligheden for tildeling af førtidspension. Debatten kredser snævert omkring hvordan og hvorfor man bør reducere antallet af førtidspensionister, hvorimod spørgsmålet om, hvordan man sikrer permanent syge eller handicappede mennesker mod økonomisk marginalisering og førtidspensionens rolle i den forbindelse berøres slet ikke.

Debatten på området har således igennem den seneste årrække centreret sig om, at unge mennesker ikke skal ”parkeres” på førtidspension, og i forbindelse med forventningerne om en fremtidig mangel på arbejdskraft, også om behovet for at så mange som muligt står til rådighed for arbejdsmarkedet. Det fremhæves at mange førtidspensionister kan, og for en dels vedkommende også vil arbejde, og dermed også implicit at en vis, dog ukendt, andel af førtidspensionisterne også i større eller mindre omfang burde stå til rådighed for arbejdsmarkedet i stedet for at være på permanent offentlig forsørgelse. Det argumenteres altså i store træk for, at det både af hensyn til samfundsøkonomien og i særdeleshed af hensyn til de berørte

menneskers generelle livskvalitet, er nødvendigt at minimere antallet af mennesker, som førtidspensioneres. Særligt fokus er der på de yngre førtidspensionister, som har fået tildelt pension pga. psykiske lidelser (Regeringen:2012). Denne gruppe fremhæves ofte som et eksempel på en gruppe af borgere som både pga. alderen og funktionsnedsættelsens karakter, ikke permanent bør ekskluderes fra arbejdsmarkedet. Dette kan synes paradokssalt, da en tidligere SFI undersøgelse har peget på, at det i høj grad er personer med fysiske funktionsnedsættelser, som oplever, at deres tilstand og dermed også arbejdsmarkedspotentiale forbedres over tid (Larsen m.fl., 2009), men samtidig har de nogle af de psykiske lidelser, der tildeles førtidspension, på baggrund af, både teoretisk og i praksis en vis helbredelsesprocent (Birket-Smith & Eplov, 2007).

Da udgangspunktet for den politiske debat således er, at deltagelse på arbejdsmarkedet er afgørende for også at kunne deltage på andre områder i samfundet, har der også været bred konsensus om, at førtidspensionen er et problem. Godtager man præmissen om, at lønarbejdet er afgørende for social deltagelse og fravær af lønarbejde medfører øget social eksklusion, så er pensionering af personer i den arbejdsdygtige alder problematisk. Men har deltagelse i lønarbejde afgørende betydning for graden af social eksklusion? Dette spørgsmål sætter denne afhandling kritisk fokus på.

Den dominerende opfattelse af, at manglende arbejdsmarkedsdeltagelse er lig med at være uden for fællesskabet, er i imidlertid ikke helt ny, men er derimod en antagelse, som har vundet indpas i blandt beslutningstagere siden 1990'erne (Jensen og Clement, 2003: 276; Andersen, 2002: 19). Man kan tale om, at man er begyndt at se alt i et arbejdsmarkedsperspektiv, hvor hovedmålsætningen altid er, at alle skal deltage på arbejdsmarkedet (Larsen og Mortensen, 2009: 11), og at social sikring derfor omtales som passiv forsørgelse (Andersen, 2002: 19).

Det tiltagende politiske fokus på arbejde som primær, og til tider, eneste kilde til social inklusion er dog ikke kun et dansk fænomen. Siden 1990'erne har man i de fleste europæiske lande i stigende omfang anvendt aktiveringspolitikker overfor arbejdsløse og sygemeldte. Politikker der helt grundlæggende tager udgangspunkt i

en neoklassisk økonomisk tankegang og norm, som i aktiveringspolitikkerne også overføres til socialpolitiske spørgsmål (Betzelt & Bothfeld:2011). Den underliggende antagelse i flertallet af disse aktiveringspolitikker er således opfattelsen af borgeren som "the economic man", altså økonomisk rationel og søgende efter at maximere egen nytte. Dette betød tilsvarende at antagelsen om, at andre sociale rationaler end blot økonomisk nyttemaksimering gradvist forsvandt i det arbejdsmarkedspolitiske fokus. Med denne grundlæggende antagelse fulgte også en overvejende forståelse af arbejdsløshed som frivilligt et resultat af manglende økonomiske incitamenters til at arbejde, og en tilsvarende underbetoning af strukturel ledighed og af ledighed som et resultat af komplekse sociale problemstillinger (Betzelt & Bothfeld:2011). Som følge af denne problemopfattelse er arbejdsmarkedspolitiske tiltag i mange europæiske lande i høj grad blevet fokuseret på udbuddet af arbejdskraft. Målet i aktiveringspolitikken har følgelig været at sikre at de ledige stod til rådighed for arbejdsmarkedet, og var villige til at lade sig inkludere på arbejdsmarkedet. Opfattelsen af velfærdsstatens kerneopgave defineres således i højere grad som det, at sikre og støtte den individuelle integration på arbejdsmarkedet, og kun sikre et absolut minimum af økonomisk sikkerhed. Der er således sket et skift fra en Marshallsk forståelse af arbejdsløshed og social eksklusion som et kollektivt, samfundsmæssigt og politisk problem, (Marshall:1992) hen imod en opfattelse af arbejdsløshed og social eksklusion som et individ problem(Betzelt & Bothfeld:2011).

Set i lyset af dette generelle skift i det arbejdsmarkedspolitiske fokus på tværs af Europa, er den stærke fokusering på arbejdsmarkedsinklusion og arbejdes sociale og moralske funktion og fraværet af diskussion om beskyttelse mod økonomisk marginalisering og fattigdom i debatten om de danske førtidspensionister, hverken overraskende eller et unikt fænomen. Den er derimod et udtryk for en generel europæisk tendens, og et udtryk for et skift i måden lønarbejde og eksklusionen fra lønarbejde opfattes på. Denne tendens kan også identificeres i den teoretiske debat på området, hvor særligt udviklingen af den neopaternalistiske forståelse af velfærdsstaten, har udgjort en teoretisk dimension i forhold til diskussion om arbejdets moralske funktioner, og behovet for aktiveringsindsatser med opdragende eller adfærdsregulerende aspekter overfor ledige og sygemeldte. Argumentet i

neopaternalismen er, at personer på overførselsindkomster; arbejdsløse, syge og fattige mangler nogle fundamentale evner til leve et selvstændigt liv og til at tage vare på deres "eget bedste", hvorfor en (stærkt) adfærdsregulerende politik overfor disse grupper er nødvendig, for at hjælpe dem væk fra eksempelvis arbejdsløshed eller fattigdom (Mead:2004, Mead:1997). Der er således en entydig og moralsk opfattelse, hvordan man som borger bør leve, og hvad der betragtes som rigtig, ønskværdig og ansvarlig adfærd (Ben-Ishai:2012). Dette betyder også, at staten bør føre en socialpolitik *"aimed at the poor that attempt to reduce poverty and other social problems by directive and supervisory means"* (Mead:1997). Disse midler til at reducere sociale problemer består først og fremmest af (økonomiske) sanktioner, restriktioner og begrænsninger i forhold til overførselsindkomster, hvis eksempelvis den arbejdsløse ikke lever op til de adfærdsmæssige – eksempelvis deltage i aktiveringsprogrammer eller behandling.

*"These measures assume that the people concerned need assistance but that they also need direction if they are to live constructively"*  
(Mead:1997)

Aktiveringspolitikkerne og den politiske debat har generelt i en europæisk kontekst netop været kendetegnede ved et stærkt fokus på arbejde som primær kilde til social inklusion og deltagelse, en stigende grad af fokusering på særlige målgrupper i aktiveringstiltag med fokus på arbejdspromovering, og mere restriktiv tildeling af økonomisk kompensation ved eksempelvis arbejdsløshed og sygdom (Baadsgaard m.fl. 2014, Nørup m.fl. 2013, Larsen & Brodtkin: 2013, Jørgensen m.fl. 2012, Van Berkel & Valkenburg:2007, Serrano Pascual: 2004, Van Berkel & Hornemann Moeller:2002, Trickey & Lødemel:2000) Den individ fokuserede problemopfattelse kommer i aktiveringspolitikkerne og den politiske debat til udtryk ved et betydeligt fokus på selv-ansvarlighed hos den arbejdsløse, både i forhold til det at have i ledighed, men i særdeleshed i forhold til at være ansvarlig for hurtigst muligt at lade sig reintegrere på arbejdsmarkedet (Taylor-Gooby:2009). Der er således ikke blot tale om et diskursivt paradigmeskift i forhold til måden man politisk italesætter arbejdet og eksklusion fra arbejdsmarkedet på (Dean:2007), men i lige så høj grad om en diskurs, der er blevet institutionaliseret i konkrete beskæftigelsespolitiske

tiltag og aktiveringspolitikker over store dele af Europa (se fx Wright:2011, Breidahl:2011, Letablier m.fl.:2011). En tendens man kan betragte den danske reform af førtidspensionsområdet som et af de mere ekstreme eksempler på, forstået på den måde, at man i reformen lægger op til en aktiv beskæftigelsesindsats overfor en gruppe af borgere, der hidtil netop har været fritaget for aktivering pga. manglende arbejdsevne som følge af sygdom og handicaps.

Dette paradigmeskift er imidlertid ikke uproblematisk. For det første kan man argumentere for, at arbejdsdeltagelse og arbejdsetik kun udgør en lille del af forståelsen af, hvad det sociale liv indebærer. Alligevel er normen om ”den gode arbejder”, arbejdsforpligtelse og reciprocitet blevet det dominerende princip i social politik såvel som beskæftigelsespolitik. Dette betyder også, at tolerancen og accepten af andre livsformer eller sociale mønstre svinder og mulighederne herfor politisk begrænses, (Ben-Ishai:2012, Betzelt & Bothfeld:2011, Dean:2007, Goodin:2001) og at tolerancen overfor arbejdsløse og andre marginaliserede grupper på arbejdsmarkedet, eksempelvis førtidspensionister mindskes (Taylor-Gooby:2009). Dette kommer bl.a. til udtryk i de pligter arbejdsløse og sygemeldte pålægges. Her tænkes i dansk kontekst i særdeleshed på den omfattende kontrol og aktivering af sygemeldte, samt de omfattende forpligtigelser til at dokumentere at man som arbejdsløs står til rådighed for arbejdsmarkedet, forpligtigelse til at skrive et meget stort antal ansøgninger og deltage i aktivering, og i særlig grad aktivering uden andet formål end at øge arbejdsmotivationen og højne arbejdsmoralen hos den arbejdsløse, samt i yderste konsekvens forpligtigelsen til at tage et hvilken som helst arbejde uanset arbejdets beskaffenhed og egne kvalifikationer. Lignende aktiveringsstrategier kan genfindes i de fleste europæiske lande.

Disse diskursive og institutionelle paradigmeskift betyder for det andet både, at fokus som allerede beskrevet flyttes, fra et fokus på at minimere risikoen for økonomisk forarmelse og fattigdom og som følge heraf også social marginalisering, til et fokus på at undgå den moralske og sociale deroute, det en eksklusion fra arbejdsmarkedet antages at medføre. Samtidig savnes der i høj grad empirisk og forskningsmæssigt belæg for antagelsen om, at lønarbejdes sociale funktion er afgørende for socialdeltagelse, fravær af social eksklusion og godt mentalt helbred.

## **1.2 ET TEORETISK BLIK PÅ ARBEJDE OG SOCIAL EKSKLUSION**

Vender man blikket mod den eksisterende forskning på området, har mange analyser af arbejdsmarkedseksklusion tidligere været kendetegnede ved først og fremmest at være analyser af fattigdom og social eksklusion. Fokus i denne type af undersøgelser har således været fokus på betydningen af tab eller fravær af økonomisk indkomst, mere end det har været analyser af arbejdets sociale funktion og arbejdets inkluderende betydning (fx Lister:2004, Cattel:2001, Littlewood and Herkommer, 1999, Jordan, 1996). I en skandinavisk kontekst, har denne type af analyser hidtil været mindre relevante end i mange andre typer velfærdsstater, idet de skandinaviske lande netop har været karakteriseret ved en relativ høj grad af økonomisk kompensation i forbindelse med arbejdsløshed og ordninger som netop førtidspensionsordningen, der skulle forhindre økonomisk fattigdom ved tabt arbejdsevne. Dette har, alt andet lige, betydet at problemer knyttet til økonomisk fattigdom som følge af marginalisering på eller eksklusion fra arbejdsmarkedet, har været mindre end lande med en mindre grad af økonomisk kompensation i forbindelse med ledighed, sygdom og tabt arbejdsevne. Forskningsmæssigt har de økonomiske konsekvenser og den sociale betydning af økonomisk fattigdom således været et fokus område. Dette perspektiv har omvendt været fraværende i den politiske debat i Danmark gennem de seneste år, hvor fokus derimod har været rettet mod arbejdets sociale funktion.

Antagelsen om at arbejdsmarkedseksklusion må lede til, eller forværre allerede eksisterende, social eksklusion genfindes dog i en del af den teoretiske litteratur, og i særdeleshed indenfor den social-psykologiske litteratur. Fokus ligger dog teoretisk på, hvordan individet oplever arbejdsløshed og hvordan en i udgangspunktet midlertidig eksklusion fra arbejdsmarkedet får sociale og mentale konsekvenser (se fx Brieger & Hoffmann:2012).

Fokus i denne afhandling er rettet mod individets oplevelse af permanent arbejdsmarkedseksklusion, og afhandlingens genstandsfelt adskiller sig derfor en



smule fra den eksisterende teoretiske litteratur på området. Der eksisterer imidlertid ikke teoretiske perspektiver, der behandler permanent arbejdsmarkedseksklusion, eksempelvis i forbindelse med en tidlig pensionering som følge af sygdom eller handicap. De teoretiske perspektiver på arbejdsløshed kan godt overføres til også at handle om de mennesker, for hvem arbejdsmarkedseksklusionen ikke blot er en midlertidig situation. Et langt stykke hen ad vejen ligner de to situationer, henholdsvis permanent og midlertidig arbejdsmarkedseksklusion, hinanden. Forskellen er dog naturligvis den, at arbejdsløshed for de flestes vedkommende ses som noget man er i, i en kortere eller længere en periode af sit liv, hvorimod en førtidspension som regel er en permanent tilstand. Vender vi tilbage til de teoretiske perspektiver, der vil blive præsenteret herunder, så kan de godt anvendes også i forhold til permanent arbejdsmarkedseksklusion. Dette kræver dog, at man holder sig for øje, at perspektiverne er udarbejdet i forhold til arbejdsløshed. Selvom de hyppigt anvendes også i forhold til permanent arbejdsmarkedseksklusion, så forholder perspektiverne sig i udgangspunktet kun til arbejdsløshed og således ikke til, om noget andet gør sig gældende, for de mennesker, for hvem arbejdsmarkedseksklusionen ikke bliver en midlertidig situation.

Det mest udbredte perspektiv i disse teoretiske diskussioner af konsekvenserne arbejdsløshed og eksklusion fra arbejdsmarkedet har været det såkaldte deprivationsperspektiv (Creed & Macintyre:2001). Dette perspektiv er oprindeligt udviklet af Marie Jahoda på baggrund af studier af arbejdsløse i den østrigske by Marienthal. Studierne i Marienthal kredser grundlæggende om spørgsmålet om, hvad der sker med arbejderne, når de oplever arbejdsløshed. Fører arbejdsløsheden til apati og marginalisering eller medfører den omvendt handling og revolution (Veiden i Jahoda m.fl.:1997). Hovedargumentet i deprivationsperspektivet er, at arbejdsløshed udover tab af indtægt, uundgåeligt også vil medføre social eksklusion og isolation, tab af selvtillid og struktur i dagligdagen og en betydelig øget risiko for psykiske problemer eller decideret psykisk sygdom. (Jahoda, 1981, Jahoda m.fl. 1997) Undersøgelsens konklusioner er baseret på den grundlæggende antagelse, at arbejde ikke kun opfylder behovet for en økonomisk indtægt, men at deltagelse på arbejdsmarkedet ligeledes opfylder et psykologisk behov hos individet. Hvis ikke dette behov opfyldes vil individet lide ”psykisk nød”, som vil være en væsentlig

årsag til den sociale deprivation, det argumenteres for, at en eksklusion på arbejdsmarkedet medfører. Jahoda m.fl identificerer ligeledes på baggrund af Marienthal studierne fire forskellige stadier eller reaktioner på ledighed: Uknækket vilje, resignation, fortvivelse og apati. De fire kategorier er både et udtryk for forskellige typer af arbejdsløse såvel som et udtryk for fire stadier den arbejdsløse gennemgår. Jahoda videreudvikler efterfølgende konklusionerne fra Marienthal, og udvikler hendes såkaldte funktionelle model, der beskriver arbejdets latente og manifesterede sociale og psykologiske funktioner. Jahoda betragter i høj grad det lønnede arbejde som en social institution, hvorfor det argumenteres at fritiden eller en udvidelse af aktiviteter i fritiden aldrig kan opfylde de samme sociale funktioner, som et lønnet arbejde kan (Jahoda 1979, Jahoda m.fl. 1997). Jahoda påviser fem underliggende funktioner, som arbejdsdeltagelsen medfører. Disse funktioner er; 1) tidsmæssig struktur i dagligdagen, 2) sociale kontakter, 3) deltagelse i kollektive formål, 4) status og identitet og 5) regelmæssig aktivitet. Det er tabet af disse funktioner som følge af arbejdsløshed, der medfører et forringet mentalt helbred og deraf en generel social deroute (Jahoda, 1981, Jahoda m.fl. 1997). Som nævnt tidligere handler også den funktionelle model i udgangspunktet om arbejdsløshed, og modellen forholder sig således ikke til, om noget ændres for individet i det øjeblik, eksklusionen fra arbejdsmarkedet bliver permanent. Men ser man på den grundlæggende tankegang i modellen, så er argumentet, at jo længere tid arbejdsløsheden står på, des mere mentalt og socialt depriveret bliver individet. Anlægges tankegang på eksempelvis førtidspensionisterne, så ville et forventet resultat være, at en total og permanent eksklusion fra arbejdsmarkedet alt andet lige må medføre den mest udtalte grad af social og mental deprivation. Deprivationsperspektivets argumenter kan også genfindes i nyere litteratur på området (se fx Brieger & Hoffmann:2012, Burns m.fl.:2004, Hoffmann:2004, Holzner m.fl.:1998, Angermeyer & Matschinger:1996).

Et lignende perspektiv findes også i Eisenberg og Lazarsfelds "Stadie Model", der ligesom deprivationsperspektivet oprindeligt blev udviklet i 1930'erne. Ligesom casestudiet i Marienthal er også denne model udviklet på baggrund af kvalitative data i form af interviews med arbejdsløse. På baggrund af undersøgelsen

konkluderes det, at den arbejdsløse gennemlever tre stadier, der til slut vil ende i resignation og deprivation:

“First there is shock, which is followed by an active hunt for a job, during which the individual is still optimistic and unresigned; he still maintains an unbroken attitude. Second, when all efforts fail, the individual becomes pessimistic, anxious, and suffers active distress; this is the most crucial state of all. And third, the individual becomes fatalistic and adapts himself to his new state but with a narrower scope. He now has a broken attitude.” (Eisenberg & Lazarsfeld, 1938, p.378)

Argumentet i stadiemodellen ligner således grundlæggende deprivationsperspektivet, idet det konkluderes at tabet arbejdet ikke kun medfører et tab af indkomst men også et tab af væsentlige sociale og psykologiske funktioner, der uundgåeligt vil medføre først en mental og derefter generel social deprivation.

Stadie modellen har, særlig i den social-psykologiske litteratur, vundet en del udbredelse også i nyere tid (Boyd: 2014, Wang & Greenwood: 2014, Kahn: 2013, Ezzy: 1993, Ragland-Sullivan & Barglow: 1981, Finley & Lee: 1981, Hayes & Nutman: 1981, Hill: 1978, Briar: 1977, Harrison: 1976), om end modellen er blevet kritiseret for at være metodisk modsætningsfyldt og problematisk (Fryer: 1985, Ezzy: 1993) og for at mangle empirisk holdbarhed i hvert fald i forhold til de rent psykologiske faktorer som eksempelvis selvværd og mentalt helbred (Fryer: 1985, Hartley: 2011, Shamir: 1986).

Ligesom i både deprivationsperspektivet og stadie modellen er perspektivet i den forståelse, der kan betegnes ”Rehabiliterings Tilgangen”, ligeledes at manglende arbejdsmarkedsdeltagelse er kædet stærkt sammen med en række negative sociale og psykologiske problemer. Argumentet er dog her, at flertallet af arbejdsløse eller arbejdsmarkedsekskluderede står udenfor arbejdsmarkedet pga. psykologiske eller nærmere moralske problemer, der ikke skal forveksles med egentlig psykisk sygdom, og ikke fordi de ikke kan arbejde. Her går sammenhængen begge veje således at nogle mennesker er udenfor arbejdsmarkedet pga. disse psykologiske brister, mens ledighed også i sig selv medfører disse psykologiske problemer.

*"They show avoidance behaviour patterns or what has been referred to as "work inhibition" which implies that they are physically capable of work but prevented from work because of psychological disabilities"*  
(Tiffany, Cowan and Tiffany, 1970)

Løsning på dette problem er således at staten udøver terapi eller træning, for at udbedre den mangel på ansvarlighed, arbejdsmoral og selvkontrol, som arbejdsløsheden først og fremmest betragtes som et udtryk for (Tiffany, Cowan and Tiffany: 1970). Rehabiliterings tilgangen har en del ligheder med distinktionen mellem *deserving* og *non-deserving poor*, der historisk har været knyttet til sondringen mellem personer, der var fysisk ude af stand til at arbejde og derfor fortjente social og økonomisk hjælp (*deserving poor*) og på den anden side de, der ikke fysisk fejlede noget, men alligevel ikke arbejdede (*non-deserving poor*, *sturdy beggars*) (Ezzy:1993). Lægger man perspektivet ned over førtidspensionsområdet, bliver det i forlængelse heraf en diskussion af, i hvor stort omfang førtidspensionisterne ikke fysisk kan arbejde og i hvor høj grad, pensionen er et udtryk for manglende arbejdsmoral og arbejdslyst. En anvendelse af dette perspektiv i forhold til førtidspensionsområdet ville uvilkaarligt føre til en distinktion mellem fysiske eller i hvert fald let målbare begrænsninger på den ene side og psykiske sygdomme og andre sygdomme, der er svære at gøre målbare (eksempelvis migræne og andre lidelser, hvor patienten oplever smerte uden synlige fysiske skader) på den anden side. I dag handler diskussionen om *deservingness* dog ikke kun om fysisk evne til at arbejde. En række andre forhold har også betydning for, hvorvidt en bestemt gruppe af borgere anskues som *deserving* eller "værdigt trængende til hjælp", men den grundlæggende ide, når man anlægger perspektivet på arbejdsløshed og arbejdsmarkedseksklusion, er fortsat en distinktion mellem hvorvidt personer udenfor arbejdsmarkedet fortjener økonomisk og social hjælp, eller derimod har behov for moralske og/eller adfærdsmæssige justeringer.

De faktorer eller *deservingness* kriterier, den nutidige forskning på området har identificeret, kan opsummeres i følgende fem kriterier (Jeene, Oorschot & Uunk: 2011):

- Behov (need): forstået som hvor trængende en gruppe vurderes at være. Jo mere trængende, des mere ”derserving”.
- Kontrol: i hvor høj grad den enkelte selv har haft kontrol over at være havnet i en trængende eller udsat situation. Eller sagt på en anden måde, er den enkelte selv skyld i nu at have behov for hjælp?
- Identitet: i hvor høj grad man identificere sig med den pågældende?
- Attitude: udviser den pågældende taknemmelighed over hjælpen – jo mere taknemmelig, jo mere ”deserving” anses vedkommende for at være
- Gensidighed: Hvor meget har den eller de pågældende tidligere bidraget til samfundet, og i hvor høj grad er de indstillede på at yde noget til gengæld for hjælpen(fx deltage i aktivering, stå til rådighed for arbejdsmarkedet osv.)

Hvis vi vender tilbage til rehabiliteringstilgangen, så har denne tilgang i socialpsykologien særligt været fremme i perioder med højkonjunktur og relativ lav ledighed, hvor ledighed i langt højere grad forklares med strukturelle eller samfundsmæssige problemer i lavkonjunkturer, hvor ledigheden er høj(Ezzy, 1993). Rehabiliteringstilgangen kan ligeledes ses som en socialpsykologisk variant af en meget neoklassisk og konservativ forståelse af arbejdsløshed. Arbejdsløshed ses et motivationsproblem hos individet, og den arbejdsløse er således arbejdsløs på grund af manglende moralske og til dels økonomiske begrundelser for at arbejde.

Fælles for både deprivationstilgangen, stadie modellen og rehabiliteringstilgangen, er at de alle tre betragter de negative konsekvenser ved tab af arbejdsmarkedstilknytning som noget uundgåeligt, der gælder for alle individer. Disse tilgange ser således kun i meget begrænset omfang på andre faktorer, der kan have betydning for konsekvenserne af ledighed. Det gør Warr’s vitamin model derimod i lidt højere grad. Warr argumenterer grundlæggende ud fra samme problemopfattelse som de tre foregående tilgange: arbejdsløshed er en negativ hændelse, der har negative konsekvenser for individet, men modellen tager dog flere yderligere omstændigheder og faktorer i betragtning, når graden af negativ påvirkning skal bestemmes. Kort gengivet identificerer Warr ni såkaldte ”vitaminer”, faktorer i omgivelserne som antages at have betydning for det mentale

helbred i forbindelse med arbejde og arbejdsløshed. Disse vitaminer er: mulighed for kontrol, mulighed for at benytte erhvervede færdigheder, eksternt genererede mål, variation, klarhed i forhold til omgivelserne, penge / indtjening, fysisk sikkerhed, mulighed for social kontakt og social position (Warr:1987). Når niveauet og antallet af vitaminer i omgivelserne er lavt, vil det afspejles i individets mentale helbred. Det antages endvidere at lønarbejdet generelt er den vigtigste kilde til at opnå disse vitaminer, og et tab af arbejde vil derfor i de fleste tilfælde betyde en forringelse i det mentale helbred. Modellen tager dog i en hvis grad højde for, at et dårligt arbejde, forstået som et arbejde, der ikke bidrager til et højt vitamin niveau, kan være næsten lige så slemt som intet arbejde. Dette betyder også at modellen i højere grad kan forklare, hvorfor det at forlade et dårligt arbejde til fordel for arbejdsløshed kan opleves som positivt – eller i hvert fald ikke som negativt (Ezzy:1993). Modellen er situationscentreret og fokuserer således på karakteristika omgivelserne fremfor individets handlinger og oplevelser.

Mestringsperspektivet er udviklet som et forsøg på at lave en modpol til deprivationsperspektivet stadiemodellen, rehabiliteringstilgangen og vitamin modellen. Som det vil blive gennemgået senere kommer mestringsperspektivet dog ikke helt udover alle de kritikpunkter, der kan rettes mod de øvrige perspektiver.

Hvor individerne i de øvrige perspektiver betragtes som passive og ensartede i deres handlingsmønstre, betragtes individerne, de arbejdsløse, i mestringsperspektivet som forskelligartede og handlende. Individet ses således ikke udelukkende som ofre for omstændighederne, men som aktive aktører, der kan påvirke og forandre deres situation (Halvorsen 1994, 1999). For at kunne overkomme en vanskelig situation, som eksempelvis arbejdsløshed, vil den enkelte indgå i forskellige aktiviteter, fysiske, psykiske og sociale, med henblik på at minimere stress og mental belastning og afbøde effekterne af den negative situation vedkommende befinder sig i (Halvorsen: 1999, Fryer & Fagan:1993, Fryer:1986, Fryer & Payne:1984, O'Brien:1985).

Mestringsperspektivet er primært benyttet af den norske sociolog Knut Halvorsen i hans analyser af marginalisering på arbejdsmarkedet, men også inden for

socialpsykologien har perspektivet i en mere socialpsykologisk variation, agency teorien, været anvendt bl.a. af David Fryer samt Gordon O'Brien. Udgangspunktet for disse analyser er en kritik af deprivationsperspektivet og på baggrund af en grundlæggende antagelse om, at de marginaliserede grupper på arbejdsmarkedet og i samfundet ikke blot er passive ofre for omstændighederne, men derimod handlende individer, der i langt de fleste tilfælde vil gøre en aktiv indsats for at ændre situationen, hvis de befinder sig i en marginaliseret eller ekskluderet position i samfundet.

I Halvorsens analyser opereres der med to forskellige typer af mestring, henholdsvis den problemorienterede og den emotionsorienterede mestring. Den problemorienterede mestring udgøres af konkrete strategier, hvis formål er at fjerne belastningen af den udsatte eller marginaliserede position, den enkelte befinder sig i. Som eksempel på denne type af mestringsstrategier nævner Halvorsen jobsøgning, alternative (fritids)aktiviteter samt ændringer i det private forbrugsmønster, fx besparelser i husholdningen (Halvorsen:1999). Problemorienteret mestring er således primært konkrete aktiviteter, hvis formål er at ændre situationen eller løse de problemer situationen medfører.

Den emotionsorienterede mestring i handler høj grad om, hvordan man ser på verden (Fryer & Fagan:1993, Fryer & Payne:1984) og sin egen situation. Mestringen består her i mere følelsesmæssige strategier, med henblik på at ændre opfattelsen af egen situation. Det kan være at man definerer sig selv som noget andet end arbejdsløs og i stedet skaber en ny identitet som hjemmegående, at man involverer sig mindre i arbejdsrelaterede forhold og i stedet involverer sig mentalt og emotionelt i andre ikke-arbejdsrelaterede forhold eller at man søger efter en ny mening med tilværelsen for at kunne opretholde selvrespekten (Halvorsen:1999).

Mestringen hos den enkelte, både den emotionsorienterede og den problemorienterede, påvirkes både af individuelle forudsætninger (personlighedsfaktorer) samt af mere strukturelle faktorer såsom økonomi, uddannelse, social baggrund og social støtte (Halvorsen:1999).

Halvorsen arbejder konkret med en række strukturelle og individuelle faktorer, der synes at have særlig stor betydning for evnen til at mestre situationen som arbejdsløs. De strukturelle faktorer, der tillægges størst vægt er:

- Alternative indtægtskilder
- Alternative gøremål og steder at være
- Alternative, socialt accepterede roller
- Arbejdsetik og grad af mistænkeliggørelse (arbejdsskyhed)
- Konjunkturer / arbejdsløshedstal (høje eller lave, stigende eller faldende)
- Graden af økonomisk, social og følelsesmæssig støtte fra familie, venner, netværk, (ex)kolleger og lokalsamfundet
- Hjelpeapparatets rolle
- Hvor normal situationen er (hvor mange i nærmiljøet er i samme situation)
- Fremherskende diskurser om årsagerne til arbejdsmarkedseksklusion / ledighed

De individuelle strukturer, der hos Halvorsen tillægges mest vægt er:

- Arbejdsorientering
- Arbejdsstolthed
- Egen oplevelse / opfattelse af de situationer, man kommer ud for som arbejdssøgende
- Egen forventning til, hvordan udfaldet af situationen bliver – hvor længe vil man være ekskluderet/ledig
- Helbred

Ligesom de øvrige teoretiske perspektiver der er præsenteret her, er også mestringsperspektivet et perspektiv udviklet som et perspektiv, der kan forklare individets reaktioner på arbejdsløshed. Perspektivet er således centreret omkring, hvordan individet håndterer det, at stå midlertidigt udenfor arbejdsmarkedet. Perspektivet forholder sig således ikke direkte til, hvad der sker med individets måde at reagere på, i det øjeblik arbejdsmarkedseksklusionen ikke længere er midlertidig men permanent. Man kan argumentere for, at en del af de faktorer, Halvorsen fremhæver som betydningsfulde i forhold til, hvordan den enkelte



oplever arbejdsløsheden også vil være betydningsfulde for, hvordan den enkelte oplever en permanent arbejdsmarkedseksklusion. Faktorer, der handler om, hvorvidt man har andre aktiviteter at sætte i stedet for lønarbejde, andre socialt acceptable roller man kan udfylde, alternative indtægskilder og i hvor høj grad man får den fornødne hjælp både økonomisk og socialt, er netop faktorer, der beskriver mulighederne for at kunne skabe sig meningsfyldt tilværelse uden lønarbejde, hvilket må antages at have betydning, uanset om arbejdsmarkedseksklusionen er midlertidig eller permanent. Man kunne endda argumentere for, at denne type af faktorer har endnu større betydning for permanent ekskluderede, eksempelvis førtidspensionister, netop fordi deres situation er permanent og behovet for at skabe et alternativ til tilværelsen uden lønarbejde større. Ligeledes kan man også argumentere for, at faktorer, der vedrører tab i identitet i forbindelse med arbejdsmarkedseksklusionen eksempelvis arbejdsmoral og –stolthed og selve oplevelsen af de situationer man står i som ekskluderet fra arbejdsmarkedet og faktorer, der vedrører omverdenens opfattelse af den ekskluderede og graden af stigmatisering også har betydning for dem, der permanent ekskluderes.

Et andet sociologisk perspektiv på problemstillingen finder man i teorien om tab af arbejde som en status passage. Dette perspektiv trækker på Glaser & Strauss' teori om sociale transitioner, som de betegner status passager. En status passage er et individs *"movement into a different part of a social structure, or loss or gain of privilege, influence, or power, and changed behaviour"* (Glaser & Strauss:1971) Glaser & Strauss' status passage teori er en middlerange teori, som kan anvendes og har været anvendt, på en lang række af sociologiske områder. Når teorien anvendes på arbejdsløshed og exit fra arbejdsmarkedet, betragtes fænomenerne som processer fremfor enten-eller tilstande. Ligeledes fokuseres der på, at der kan være mange veje til en exit fra arbejdsmarkedet og arbejdsløshed, og tab af job kun er en enkelt af disse veje. Andre veje kan pension, uddannelse, sygdom, jobskifte med midlertidig arbejdsløshed eller exit fra arbejdsmarkedet for midlertidigt eller permanent at varetage forælderrolle eller familieforpligtigelser. Blot at sammenligne arbejdsløse der har mistet deres arbejde med personer i beskæftigelse giver således ifølge dette perspektiv ikke et retvisende billede, da der er mange andre årsager til midlertidig eller permanent exit fra arbejdsmarkedet (Ezzy:1993).

Exit fra arbejdsmarkedet ses derfor ikke hverken som en overvejende positiv eller negativ hændelse, men derimod som blot en status passage fra en situation til en anden. Det betyder også at arbejdsløshed som følge af tab af arbejde, i en del henseender, kan sammenlignes med andre status passager, der indebærer et tab. Det kan eksempelvis være skilsmisse, passage gennem sygdom nederlag i sportskarriere eller dødsfald i familien. Status passage tilgangen fokuserer således på exit fra arbejdsmarkedet som en social transaktion, og på de interaktioner der i den forbindelse sker mellem ændringerne i en persons objektive sociale omgivelser og personens subjektive fortolkning heraf (Ezzy:1993). Typisk deles disse sociale transaktioner op i to eller tre kategorier på baggrund af hvilken type af transaktion, der er tale om. Van Gennep benytter tre kategorier; separation, transition og integration, hvor indgåelse af ægteskab bruges som eksempel på en integrations passage, begravelse som et eksempel på en separation og det at være i en overgangsfase mellem to jobs, hvor man hverken er reelt ledig eller i arbejde, som en transition (Ezzy:1993, Van Gennep:1977). Anvendt direkte på sammenhængen mellem arbejdsløshed og mentalt helbred og trivsel arbejder Ezzy med to typer af sociale transitioner eller passager henholdsvis afhændelses passagen og den integrative passage. Ezzy identificerer exit fra arbejdsmarkedet som følge af tab af job som en tydelig afhændelsespassage, hvorimod arbejdsløshed af andre årsager, eksempelvis indtræden i uddannelsessystemet eller overgang til ny beskæftigelse ikke kan karakteriseres som sådan. Afgørende er, at en afhændelsespassage i sig selv ikke nødvendigvis leder til mentale problemer, mistrivsel eller eksklusion, men at virkningen af afhændelsespassagen i høj grad betragtes som betinget af hvor stor værdi jobbet har haft for individets identitet og sociale roller. Arbejdsløshed kan således medføre betydelige forandringer i forhold til den enkeltes identitet og selvopfattelse og i relationen til andre og samfundet, men hvorvidt det sker, er betinget af en lang række andre faktorer, der har betydning for i hvor høj grad den enkelte oplever arbejdsløsheden som en afhændelsespassage. Ligeledes er det også afgørende hvorvidt afhændelsespassagen efterfølges af en reintegrativ passage, hvor den enkelte reintegreres i en ny status. Det kan eksempelvis være et nyt arbejde, en rolle som hjemmegående forsørger eller studerende (Ezzy:1993).

### 1.3 ET KRITISK PERSPEKTIV PÅ DEN EKSISTERENDE TEORI

Danmark såvel, som store dele af Europa, har særligt gennem det seneste årti gennemgået et paradigmeskift i diskursen om velfærd, socialpolitik og arbejdsløshed. På beskæftigelsesområdet er dette skifte slået igennem i et sådan omfang, at det også er afspejlet og institutionaliseret i konkrete politiske tiltag, og i særdeleshed i det aktiveringsregime, der dominerer den europæiske beskæftigelsespolitik. Sammenholder man diskursen om arbejdsløshed og arbejdsmarkedseksklusion med de teoretiske forståelser af disse fænomener, er det tydeligt at diskursen ikke kun baseres på neoklassiske økonomiske antagelser, men også på den socialpsykologiske teoretiske tradition, hvor social deprivation og forringet mentalt helbred og trivsel betragtes som en uundgåelig følge af en eksklusion fra arbejdsmarkedet. Man kan således, ikke mindst i den danske debat og efterfølgende reform på førtidspensionsområdet, se tydelige træk fra argumentationen i Jahodas funktionelle model, der må siges at have størst teoretisk udbredelse, men også fra stadiemodellen, rehabiliteringstilgangen og vitaminmodellen, der i store træk trækker på sammen grundantagelser som Jahodas funktionelle model.

Man kan således også argumentere for, at antagelserne og argumentationen fra Jahoda og de efterfølgende socialpsykologiske teorier ikke bare har vundet stor teoretisk udbredelse, men også i kombination med det neoklassiske workfirst perspektiv tjener som grundantagelse i problemforståelsen af marginalisering på eller eksklusion fra arbejdsmarkedet, og i de policies, der stræber efter at løse disse problemer.

Dette er imidlertid ikke uproblematisk. For det første savnes der empirisk belæg for antagelsen om, at en eksklusion fra arbejdsmarkedet uvilkårligt vil medføre social deprivation (Stokes & Cochrane:1984, Ezzy:1993) Særligt når man ser på en større population, eller når man ser på velfærdssamfund med stærke sociale institutioner og med en høj grad af økonomisk omfordeling og generel lighed, er det tvivlsomt, om resultaterne uden videre kan overføres. Det er langt fra utænkeligt, at en veludbygget velfærdsstat og stærke velfærdsinstitutioner netop vil afbøde eller reducere eventuelle negative effekter af en arbejdsmarkedseksklusion. Det var

netop ideen med at indføre velfærdsydelse, der giver økonomisk kompensation, hvis en borger permanent eller midlertidigt er ude af stand til at forsørge sig selv. Dertil kommer, at deprivationsperspektivet er udviklet på baggrund af et sociologisk studie af en mindre industriby i 30'ernes Østrig. Vi ved således ikke, om resultaterne fra Marienthal direkte kan overføres til en det danske samfund, da der kun i begrænset omfang er foretaget systematiske empiriske analyser med dette fokus. Det er der mange gode argumenter for, at det ikke uden videre kan. Der er tale om to meget forskellige typer af samfund, det ene en veludbygget, moderne velfærdsstat med en relativt højt uddannet befolkning, den anden en mindre industriby, med lavt uddannet arbejdskraft i en historisk kontekst, hvor velfærdsstater endnu kun så småt var i støbeskeen. Samme kritik kan rejses mod stadiemodellen, der også bygger på en meget lille interviewundersøgelse i samme tidsperiode. Både Jahodas funktionelle model og stadiemodellen er således metodisk udfordret, både hvad angår resultaternes gyldighed på en større og mere nutidig population, men også når det kommer til spørgsmålet om, hvorvidt undersøgelserne reelt måler betydningen af tabet af arbejde eller tabet af indkomst. Samtidig er særligt stadiemodellen blevet kritiseret for at være metodisk modsætningsfyldt, og plaget af at begreberne i modellen er for fleksible og uklart definerede (Fryer:1985, Ezzy:1993). Perspektivet har ikke desto mindre vundet en betydelig dominans i forhold til forståelsen af arbejdsløshed og eksklusion teoretisk såvel som i praksis.

Samme metodiske kritik kan endvidere rejses af rehabiliteringsperspektivet. Selvom perspektivet, eller dele af perspektivet, stadig kan genfindes i dele af særligt den socialpsykologiske litteratur, ligesom perspektivets grundlæggende antagelser om arbejdsløshedens årsager har lighedstræk med den neoklassisk økonomiske betragtning af arbejdsløshed som frivilligt, så er rehabiliteringsperspektivet et af de teoretisk mest kritiserede perspektiver. Perspektivet kritiseres ofte for at være teoretisk unuanceret og for at lide under et "blaming the victim" syndrom (Miles:1987).

*"It lacks sophistication and, given that some people might have an aversion to employment, the theory fails to consider why people should have come to have such difficulties with working" (Ezzy:1993)*

Ligeledes kritiseres perspektivet for kun at betragte arbejdsløshed som et individuelt problem og udelukkende som et (moralsk eller psykologisk) problem hos individet. Dette betyder at mere målbare sociale faktorer og strukturer samt konkrete reaktioner hos individet herpå helt overses. En kritik der i øvrigt også kan rejses mod den neoklassisk økonomiske forståelse af arbejdsløshed.

*"They may see unemployment as a personal characteristic that renders the individual prone to illness, rather than as a social process adding to the risk factors in people's lives" (Miles:1987)*

Perspektivet kritiseres således for helt at overse sociale strukturer og processer og for at underkende forskellige individuelle reaktioner herpå.

Netop spørgsmålet om hvorvidt arbejdsmarkedseksklusion altid har samme årsag, opleves på samme måde og får samme konsekvenser hos alle individer, kan rejses ikke bare overfor rehabiliteringsperspektivet men også i forhold til deprivationsperspektivet, stadiemodellen og Warrs vitaminmodel. Disse perspektiver tager i det store hele ikke højde for muligheden for individuelle reaktioner på tabet af tilknytningen til arbejdsmarkedet, hvilket i særdeleshed bliver et problem, når perspektivet lægges ned over en meget heterogen befolkningsgruppe, som eksempelvis gruppen af førtidspensionister. Ligeledes giver perspektiverne ikke mulighed for social eller individuel forandring, da perspektivet først og fremmest ser den socialt udsatte eller udstødte situation som stationær, og ikke noget der ændrer sig over tid hverken for den enkelte eller gruppen generelt (Clement, 2004). Behovet for de psykologiske og sociale funktioner, arbejdet antages at skabe, betragtes således som konstante både på tværs af befolkningen men også over tid. Muligheden for at individet tilpasser sig situationen, eller at individets behov ændres over tid, er således ikke til stede i dette perspektiv.

Generelt handler kritikken af deprivationsperspektivet og de øvrige perspektiver om synet på individet og individets handlemuligheder. Individet først og fremmest som passivt og uden individuelle handlemuligheder, og som følge heraf også som afhængigt af de psykologiske og sociale funktioner samt de strukturer og sociale institutioner lønarbejdet skaber. (Fryer, 1987, 1993) Den arbejdsløse ses således i dette perspektiv ikke som aktiv handlende aktør, og de negative effekter af eksklusionen fra arbejdsmarkedet er netop derfor stationære og uforanderlige.

Det kan argumenteres at netop denne forståelse af individerne som ensartede og passive, er medvirkende til at deprivationsperspektivet ikke kan forklare variationerne i oplevelsen af arbejdsløshed, ligesom perspektivet heller ikke kan forklare hvorfor arbejdsløshed kan opleves positivt, eksempelvis hvis man forlader en stressfyldt eller på anden måde utilfredsstillende jobsituation (Halvorsen, 1999). Denne kritik imødekommes til dels i vitaminmodellen, der kan forklare, hvorfor det kan opleves mindre negativt at forlade et dårligt job end et godt job, men modellen kan ikke forklare individuelle forskelle i oplevelsen af arbejdsløshed hos personer der kommer fra samme type af jobs.

Denne kritik bliver i særdeleshed aktuel, når perspektivet lægges ned over en gruppe af mennesker, der pensioneres fra arbejdsmarkedet, fordi de af helbredsmæssige årsager er ude af stand til at arbejde. Hos denne gruppe af mennesker er arbejdet ikke en ubetinget positiv faktor, men også noget, der er forbundet en øget fysisk eller psykisk belastning oven i den belastning sygdommen eller handicappet medfører. Dette gør det sandsynligt at personer med omfattende helbredsproblemer vil opleve deltagelsen på arbejdsmarkedet som langt mere fysisk og mentalt belastende end andre grupper, og at en pensionering fra arbejdsmarkedet for nogle af disse mennesker netop vil opleves som en overvejende positiv begivenhed.

De forgående teoretiske perspektivers begrænsninger i forhold til at forklare individuelle reaktioner på arbejdsløshed er udgangspunktet for mestringsperspektivet. Perspektivet et overordnet syn på individet som en handlende og medskabende aktør, der forsøger at tilpasse sig eller ændre

situationen, når denne opleves som utilfredsstillende, hvilket er i overensstemmelse med afhandlingens overordnede sigte og tilgang til problemstillingen. Mestringsperspektivet præsenterer således en mere nuanceret forståelse af konsekvenserne af arbejdsmarkedseksklusion, forstået på den måde, at arbejdsmarkedseksklusion ikke nødvendigvis i sig selv ses som en årsag til social eksklusion, fordi andre faktorer kan have større betydning i forhold til, hvorvidt den enkelte mestrer situationen som førtidspensionist eller formelt ekskluderet fra arbejdsmarkedet eller ej. Mestringsperspektivet giver således mulighed for, at andre forhold end blot arbejdsmarkedstilknytning i snæver forstand, kan have betydning for, om det enkelte menneske oplever, at blive socialt ekskluderet som følge af kronisk sygdom eller handicap.

Alligevel er mestringsperspektivet ikke velegnet som et overordnet teoretisk perspektiv i afhandlingen. Mestringsperspektivet er først og fremmest et individorienteret perspektiv, og graden af eksklusion forklares først og fremmest som et resultat af individuelle handlinger og ressourcer. De samfundsmæssige og strukturelle forklaringer på eksklusionen underbetones således, ligesom betydning af sociale relationer og sociale strukturer, alt andet lige, metodisk vil blive underbelyst, hvis mestringsperspektivet anvendes som det bærende teoretiske perspektiv for undersøgelsen. Det argumenteres således at mestringsperspektivet, selvom også strukturelle faktorer medtages i perspektivet, metodisk, ontologisk individualisme, fordi perspektivet først og fremmest fokuserer på individuelle handlinger og reaktioner. Fokus ligger således på, hvordan individet håndterer eller mestrer bestemte livssituationer eller begivenheder under bestemte rammer, og ikke på hvordan de samfundsmæssige strukturer og sociale relationer påvirker eksklusionen. Eksklusion ses således i dette perspektiv først og fremmest som et individproblem, hvilket på mange måder står i modsætning til det eksklusionsbegreb, afhandlingen vil blive baseret på (se senere afsnit).

Metodisk er perspektivet derfor ikke egnet til at danne rammen for afhandlingen, men perspektivet kan alligevel bidrage med en teoretisk forståelse i forhold til det overordnede menneskesyn, der lægges ned over afhandlingens behandling af psykisk syge, ligesom perspektivet også kan bidrage i forbindelse med en

operationalisering af eksklusionsbegrebet, i det der i perspektivet opstilles en række konkrete faktorer der kan tillægges vægt, når arbejdsmarkedseksklusionens betydning analyseres, også selvom afhandlingens fokus forudsætter en anden metodisk optik, end den der er udgangspunktet for mestringsperspektivet.

## **1.4 AFHANDLINGENS FOKUS**

Den eksisterende teoretiske forskning i forhold til sammenhænge mellem kronisk sygdom og handicaps, arbejdsmarkedsdeltagelse og social eksklusion er som gennemgået i de foregående afsnit domineret af en forståelse af arbejdsmarkedsdeltagelse som den afgørende faktor for, hvorvidt et individ bliver socialt marginaliseret eller helt ekskluderet socialt i samfundet. I deprivationsperspektivet og de lignende perspektiver, betragtes arbejdsmarkedseksklusion ubetinget som negativ og førende til social og psykologisk marginalisering og deprivation. Enkelte teoretiske perspektiver som mestringsperspektivet og status passage teorien fokuserer i højere grad på individuelle forskelle i oplevelsen af eksklusion fra arbejdsmarkedet. Selvom der i mestringsperspektivet og status passage teorien fokuseres på individuelle forskelle, er udgangspunktet både i disse teorier såvel som i deprivationsperspektivet og de øvrige socialpsykologiske teorier, at arbejdsmarkedsdeltagelse i sig selv er en afgørende faktor. Dette betyder at man fokuserer på sammenhængen mellem arbejdsmarkedsstatus og social eksklusion, hvor arbejdsmarkedsstatus fungerer som uafhængig variabel og social eksklusion som afhængig variabel. Man antager således at der er en mere eller mindre lineær sammenhæng mellem arbejdsmarkedsdeltagelse og social eksklusion, som hos nogle dog kan styrkes eller modereres af en række andre individuelle og sociale forhold.

Dette er dog ikke uproblematisk. Størstedelen af de personer, der permanent ekskluderes fra arbejdsmarkedet eksempelvis som modtagere af førtidspension har netop omfattende helbreds-mæssige problemer, der i sig selv, og alt andet lige, vil øge deres risiko for at blive socialt ekskluderet og som samtidig også er grunden til, at disse personer ikke deltager på arbejdsmarkedet.



I denne afhandling fokuseres på sammenhængen mellem kronisk sygdom og handicaps på den ene side og social eksklusion på den anden side og først og fremmest på, hvordan arbejdsmarkedseksklusion interfererer med denne sammenhæng. Udgangspunktet for afhandlingen er således en antagelse om, at der ikke er en simpel lineær sammenhæng mellem arbejdsmarkedsdeltagelse og social eksklusion, men derimod ønskes det at undersøge om eksklusion fra arbejdsmarkedet har betydning for den komplekse kausale sammenhæng, der er mellem kronisk sygdom og handicaps og social eksklusion.

Teoretisk er målet med afhandlingen, at udfordre og teste om den teoretisk såvel som politisk dominerende antagelse om, at arbejdsmarkedsdeltagelse er afgørende for den enkeltes inklusion i samfundet.

#### **1.4.1 UNDERSØGELSESPØRGSMÅL**

I den politiske debat, ikke mindst i debatten om førtidspensionsordningen, fremhæves arbejdsmarkedsinklusion som den primære og væsentligste kilde til social inklusion generelt. I denne afhandling rejses spørgsmålet om, hvorvidt arbejdsmarkedsdeltagelse er afgørende for at undgå social eksklusion. Sagt på en anden måde; bliver den sociale eksklusion af en gruppe af borgere, der i forvejen har en øget risiko for at blive socialt marginaliserede som følge af helbredsmæssige problemer, øget en af samtidig eksklusion fra arbejdsmarkedet. Afhandlingens målgruppe er derfor kronisk syge og handicappede generelt, og ikke kun de personer, der allerede er tidligt førtidspension. Målet med afhandlingen er igennem en generel analyse af sammenhængene mellem kronisk sygdom og handicap, social eksklusion og arbejdsmarkedseksklusion at identificere hvilken rolle arbejdsmarkedseksklusionen, har for den sociale eksklusion. Afhandlingens analyser vil derfor også generelt forholde sig til, i hvor høj grad kronisk syge og handicappede ekskluderes socialt og om typen af handicap eller diagnose har betydning for risikoen for eksklusion. Afhandlingen stiller sig kritisk overfor meget af den eksisterende teori, og målet med afhandling er derfor også udover empirisk at belyse sammenhængene også teoretisk at bidrage til en udvikling af, hvordan vi

forstår social eksklusion og dens sammenhæng med arbejdsmarkedseksklusion, handicap og kronisk sygdom.

Afhandlingens overordnede undersøgelsesspørgsmål er formuleret som følgende:

***Medfører eksklusion fra arbejdsmarkedet en øget oplevelse af social eksklusion blandt kronisk syge og handicappede, og hvordan kan sammenhængene mellem arbejdsmarkedseksklusion, kronisk sygdom og handicap og oplevelsen af social eksklusion forstås og forklares?***

Afhandlingen har både et teoretisk sigte såvel som et mere konkret og empirisk sigte. Målet er at analysere sammenhængen mellem kronisk sygdom og handicap, social eksklusion og arbejdsmarkedseksklusion. Teoretisk såvel som empirisk sigtes der mod at bidrage til en ny forståelse af social eksklusion, og der arbejdes derfor med en ny teoretisk og operationel forståelse af social eksklusion, hvor hverken arbejdsmarkedsdeltagelse eller indkomst er en del af, eller symptomer på, social eksklusion. Dette betyder, at arbejdsmarkedseksklusion og social eksklusion teoretisk såvel som empirisk forstås som to selvstændige fænomener. Hvor hidtidige undersøgelser teoretisk og metodisk har været udfordret af, at arbejdsmarkedseksklusion og indkomst teoretisk har været betragtet både som en indikator på social eksklusion og som en årsag til samme, vil begreberne i denne afhandling blive helt adskilt. Arbejdsmarkedseksklusion betragtes teoretisk såvel som operationelt udelukkende som en mulig årsag til social eksklusion. Dette betyder at analyserne vil bidrage til ny og mere præcis forståelse af, hvordan social eksklusion og arbejdsmarkedseksklusion teoretisk såvel som empirisk hænger sammen i forhold til gruppen af personer med kroniske sygdomme og handicaps. Ad den vej vil afhandlingen også bidrage til en kritik af eksisterende teoretiske perspektiver, og måden man hidtil har forstået og målt social eksklusion og sammenhængen mellem arbejdsmarkedseksklusion og social eksklusion på. Sigtet med afhandlingen er således teoriudviklende ligesom målet er at bidrage med nye og mere præcise empiriske analyser på området.

## 1.5 OVERSIGT OVER AFHANDLINGENS OPBYGNING

Dette indledende kapitel har skitseret afhandlingens overordnede problemstilling og placering i forhold til eksisterende teori og forskning og i forhold til policyudviklingen og den politiske diskurs på området. Kapitlet har ligeledes præsenteres afhandlingens problemformulering, samt sigtet med afhandlingens analyser.

Afhandlingens andet kapitel er en gennemgang af eksisterende empirisk viden i forhold til handicap, beskæftigelse om marginalisering. Kapitlet fokuserer på den empiriske viden fra danske og skandinaviske undersøgelser samt fra undersøgelser fra Storbritannien og engelsksprogede undersøgelser fra det øvrige Nordeuropa. Formålet med dette kapitel er at give en oversigt over, hvad vi allerede ved om de sammenhænge, afhandlingen fokuserer på, og ikke mindst identificere, hvor der er huller i denne viden.

Afhandlingens tredje kapitel gennemgår helt kort udviklingen af førtidspensionen som policyområde. Her fokuseres snævert på førtidspensionsområdet. Dette skyldes at afhandlingens fokus handler om arbejdsmarkedseksklusion og social eksklusion af kronisk syge og handicappede. Man kunne sagtens have valgt også at gennemgå andre politikområder, der berører kronisk syge og handicappede, men da afhandlingens sigte netop er på de personer, der ikke deltager på arbejdsmarkedet, er fokus begrænset til førtidspensionsområdet. Kapitlet indeholder ligeledes en deskriptiv og empirisk gennemgang af udviklingen i antallet og sammensætningen af førtidspensionister.

Kapitel 4 er afhandlingens teorikapitel. Her gennemgås afhandlingens teoretiske udgangspunkt, og de teorier, der skal danne grundlaget for operationaliseringen af afhandlingens begreber præsenteres. I kapitel 5, som er afhandlingens metodiske kapitel præsenteres afhandlingens overordnede design, ligesom afhandlingens statistiske metode præsenteres. I kapitel 5 operationaliseres også afhandlingens teoretiske begreber og afhandlingens konkrete statistiske modeller introduceres. Afslutningsvis gennemgås afhandlingens datagrundlag.

Afhandlingen består herefter af 4 analyse kapitler. I kapitel 6,7 og 8 analyseres sammenhængen mellem handicap og kronisk sygdom, social eksklusion og arbejdsmarkedseksklusion ud fra tre dimensioner af social eksklusion, som præsenteres i teorikapitlet, kapitel 4. I kapitel 9 undersøges det, om der er forskel i forhold til grad af social eksklusion og arbejdsmarkedseksklusion og i forhold til betydningen af arbejdsmarkedseksklusion, når man kigger på specifikke diagnose- eller handicaptyper.

Afhandlingen afsluttes med kapitel 10, som er afhandlingens konkluderende og perspektiverende kapitel. Her gennemgås afhandlingens resultater, og afhandlingens bidrag teoretisk og empirisk udfoldes.

Afhandlingens bilag vil være vedlagt som en selvstændig bilagsrapport bagerst i afhandlingen, og når der henvises til bilag i løbet af afhandlingen, vil de være finde her.

# Kapitel 2 HANDICAP, BESKÆFTIGELSE OG MARGINALISERING – HVAD VED VI

Denne afhandling handler om social eksklusion og arbejdsmarkedsdeltagelse blandt kronisk syge og handicappede. Et område der, som beskrevet i det indledende kapitel 1, mangler teoretisk uddybelse særligt i forhold til gruppen af personer, der permanent står udenfor arbejdsmarkedet som følge af kronisk sygdom eller handicap. Dette betyder imidlertid ikke, at der slet ikke eksisterer empirisk viden om gruppen af kronisk syge og handicappede og deres deltagelse på arbejdsmarkedet og generelle livssituation. I dansk kontekst er udviklingen i arbejdsmarkedsdeltagelsen blandt kronisk syge og handicappede blevet opgjort og beskrevet af SFI, der også har foretaget enkelte empiriske analyser af kronisk syge og handicappedes livssituation. Ligeledes er der også i Norge foretaget empiriske kortlægninger af marginalisering blandt de personer, der pensioneres fra arbejdsmarkedet som følge af kronisk sygdom eller handicap (Halvorsen & Johannsen:1991, Halvorsen:1996), ligesom handicapområdet som forskningsfelt generelt er betydeligt større i Norge og Sverige end i Danmark, hvor der historisk ikke har været samme tradition for at forske i handicap (Bengtsson & Stigaard:2011). Selvom handicapområdet er et forholdsvist stort forskningsfelt i eksempelvis Norge og Sverige, er der generelt mangel på egentlige beskrivelser af gruppen af handicappede og deres livssituation, og de beskrivelser der er, er ikke særlig detaljerede eller præcise. Dette skyldes til dels, at man ikke registrerer oplysninger om handicap centralt, og at der derfor ikke er handicapregistre, der kan udgøre datagrundlaget for generelle og mere kvantitative beskrivelser af handicappede. I de skandinaviske lande har man imidlertid oplysninger om i hvert fald en del af gruppen af personer med handicap i forbindelse med tildelingen af de handicaprelaterede ydelser såsom fleksjob og førtidspension. Disse data er imidlertid kun udnyttet sporadisk til at kortlægge og analysere gruppen af handicappede og deres livssituation (Bengtsson & Stigaard:2011). Undersøgelserne af handicappede er derfor i overvejende grad kvalitative og baseret på meget små

populationer, og i vid udstrækning også fokuserede på enten enkelte grupper af handicappede (fx udviklingshæmmede, døve etc.) eller på deltagere i enkeltstående indsatser og projekter.

## **2.1 ARBEJDSMARKEDSDELTAGELSE BLANDT KRONISK SYGE OG HANDICAPPEDE**

De danske undersøgelser fra SFI peger på at ca. 1/6 af befolkningen har enten et handicap eller længerevarende helbredsproblem. I gennem de seneste ti år, er denne andel steget en smule fra 15,9 % til 17,6 % (Kjeldsen m.fl.:2013). SFI's opgørelser er baseret på selvrapporteret handicap og helbredsproblemer, der er indsamlet gennem løbende spørgeskemaundersøgelser. Det betyder, at opgørelserne først og fremmest måler det selvoplevede handicap eller helbredsproblem blandt de adspurgte og udviklingen i andelen af borgere, der selv oplever at have et handicap eller helbredsproblem. Selvom der i undersøgelserne skelnes mellem større og mindre handicap eller helbredsproblem, er der tale om et subjektivt mål, der formentlig opfattes forskelligt hos de enkelte respondenter. Dette giver en væsentlig metodisk usikkerhed i forhold til andelens størrelse og i forhold til, hvad tallet faktisk dækker over, da respondenterne besvarer spørgeskemaerne med udgangspunkt i deres egen subjektive vurdering af, hvad et handicap eller vedvarende helbredsproblem er. Dette skal naturligvis tages med i betragtning, når konklusionerne fra undersøgelserne læses. I Sverige har forskningen omvendt peget på, at antallet af personer med egentlige fysiske handicaps, det kan eksempelvis være lammelser og sansehandicaps, er faldende, mens andelen af personer med funktionsnedsættelse af både fysisk og psykisk karakter, eksempelvis smerter, kroniske sygdomme og psykiske lidelser, er stigende (Szebehely, Fritztell & Lundberg:2001). Her operationalisere man imidlertid handicapbegrebet anderledes og man skelner mellem fysiske handicaps og andre funktionsnedsættelser, hvilket formentlig er en af forklaringerne på, at man i Sverige finder et fald i antallet af handicappede.

Ser man på arbejdsmarkedsdeltagelsen blandt personer der har et handicap eller en kronisk sygdom, deltager denne gruppe af borgere i væsentlig mindre grad på arbejdsmarkedet end gennemsnittet i befolkningen. I 2012 var beskæftigelsesfrekvensen blandt personer uden handicap eller længerevarende helbredsproblemer på 77,5 % mens den til sammenligning var på 43,9 % for personer med handicap og længerevarende helbredsproblemer (Kjeldsen m.fl.:2013). Lignende fordelingen findes også når man kigger på undersøgelser fra Norge og Sverige (Molden m.fl.:2009, Sjøberg:2002) Sammenligner man disse frekvenser med beskæftigelsesfrekvenserne ti år tidligere, er der sket et fald i beskæftigelsesfrekvenserne generelt både for personer med og uden handicap i perioden fra 2002 til 2012. I 2002 var beskæftigelsesfrekvensen for personer uden handicap 81,2 % mens den for personer med handicap eller længerevarende helbredsproblemer var på 51 % (Høgelund & Larsen:2009). Der er ikke statistisk signifikant forskel på udviklingen i beskæftigelsesfrekvensen for de to grupper (Kjeldsen m.fl.: 2013). Da undersøgelsen medtager både personer med store og små oplevede handicaps eller helbredsproblemer, er det dog ikke usandsynligt at beskæftigelsesfrekvensen blandt handicappede og personer med længerevarende helbredsproblemer ville blive målt endnu lavere, hvis man havde brugt en anden operationalisering af begreberne. Havde man eksempelvis kun medtaget personer med handicap eller helbredsproblemer af et vist omfang og inddraget mindre subjektive mål for handicap og helbredsproblemer, ville man sandsynligvis have fået en mindre andel af handicappede i befolkningen, der til gengæld oplevede større begrænsninger i forhold til arbejdsmarkedet. Dette understøttes af, at gruppen af personer, der angiver at de har et handicap eller længerevarende helbredsproblem består af en relativ stor andel af personer med mindre handicap eller helbredsproblemer, for hvem handicappet ikke medfører den store begrænsning i dagligdagen og en mindre gruppe af personer, der oplever store begrænsninger som følge af handicappet eller helbredsproblemet (Miiller m.fl.:2006). Andre undersøgelser peger på at 1/3 af de handicappede står helt uden for arbejdsmarkedet mod kun 6 % af de personer, der ikke har et handicap. Og at forskellen er endnu mere markant hvis man kigger på specifikke grupper af handicappede eksempelvis nedsættelse af syn eller skader på bevægeapparatet (Clausen m.fl.:2004), og generelt peger SFI's undersøgelser på, at handicappede og personer med kroniske

sygdomme er betydeligt overrepræsenterede blandt gruppen af personer på overførselsindkomster (Høgelund m.fl.:2006, Kjeldsen M.fl.:2013). I Danmark har andelen af personer med handicaps og kroniske sygdomme, der modtager overførselsindkomster været stigende i perioden 2002 til 2012, og personer med handicap og kroniske sygdomme modtager generelt overførselsindkomster i længere tid end personer uden handicap (Kjeldsen m.fl.:2013). Kigger man på gruppen af ledige, vurderer 1/3 af kontanthjælpsmodtagerne at de har betydelige helbredsproblemer, og at deres arbejdsevne er markant nedsat (Bach & Petersen:2006). Denne vurdering stemmer godt overens med opgørelserne over, hvor stor en del af de svageste kontanthjælpsmodtagere, der har en faktisk fysisk funktionsnedsættelse som følge af fysiske skader, handicaps eller sygdomme. Disse personer udgør ca. 1/3 af de ledige, der har den svageste tilknytning til arbejdsmarkedet. (Bach & Boll:2003)

Uanset den præcise andel af handicappede, der står udenfor arbejdsmarkedet, er der dog i litteraturen bred enighed om, at handicappede og personer med kroniske helbredsproblemer eller sygdomme i langt højere grad står udenfor arbejdsmarkedet og har sværere ved at holde fast i deres position på arbejdsmarkedet end personer uden handicaps eller helbredsproblemer (Vedeler & Mossige:2010, Myrvang:2006, Andersen:2007, Hansen m.fl.2009, Tideman, Bergh & Skogman:2009, Riddell m.fl., 2002, Edwards & Boxall, 2010, Douglas m.fl., 2009, Molden m.fl., 2009, Legard & Terjesen:2010, Blekesaune:2005, Eriksen & Ianke:2006, Anvik:2006, Olsveik, Guldvik & Eide:2007, Runesson:2005). Ligeledes påvises det også, at de barrierer handicappede oplever i forhold til at deltage på arbejdsmarkedet ikke blot er enkeltstående hændelser, men derimod barrierer der løbende er til stede gennem hele arbejdslivet (Vedeler & Mossige:2010).

### **2.1.1 HANDICAPPETS OMFANG OG KARAKTER**

Ser man nærmere på den danske forskning viser resultaterne også netop at arbejdsmarkedsdeltagelsen er markant lavere for personer med større handicaps end for personer med mindre handicaps. Beskæftigelsesfrekvensen blandt personer med



mindre handicaps var således i 2012 på 67,1 % hvilket kun er 10 % point lavere end for personer uden handicaps, mens den for personer med større handicaps var helt nede på 28,8 %. (Kjeldsen m.fl.:2013). Dette tyder på, at omfanget af de begrænsninger, et handicap eller helbredsproblem medfører, har en central betydning for mulighederne for deltagelse på arbejdsmarkedet, en konklusion Larsen m.fl. også når frem til (Larsen m.fl.:2009).

Udover sværhedsgraden af handicappet peger den danske forskning også på, at karakteren af handicappet har betydning for deltagelsen på arbejdsmarkedet. Litteraturen peger generelt på, at særligt personer med psykiske lidelser i mindre omfang deltager på arbejdsmarkedet og har sværere ved både at komme ind på arbejdsmarkedet og fastholde positionen der. Nogle undersøgelser peger på at helt ned mod en ¼ af de personer, der har en psykisk lidelse deltager på arbejdsmarkedet mens andre kommer frem til at lige knap halvdelen deltager på arbejdsmarkedet (Clausen m.fl.:2004, Kjeldsen m.fl.:2012, Ekholm m.fl.:2005, Riddell m.fl., 2002). Samtidig peger undersøgelser på, at omkring 1/5 af de ledige, der har den svageste tilknytning til arbejdsmarkedet, vurderes at have en diagnosticeret psykisk lidelse (Bach & Boll:2003, Rosdahl:2006), men andelen af personer, der faktisk har psykiske sygdomme eller lidelser antages at være betydeligt større (DISCUS:2008, Ibsen, Bredgaard & Nørup:2008). En stor del af de ledige, ca. 40 %, med den svageste tilknytning til arbejdsmarkedet vurderes at være ”psykisk skrøbelige”, men uden nogen egentlig diagnose (Bach & Boll:2003). Ligesom blandt de fysisk handicappede er andelen af kontanthjælpsmodtagere med psykiske lidelser og sygdomme kun toppen af isbjerget, i det også en meget stor andel af disse personer står helt uden for arbejdsmarkedet (Miiller m.fl.:2006, Clausen m.fl.2004, Rosenstock m.fl.:2004). Næstefter personer med psykiske lidelser er det personer med mobilitetshandicaps, der har de største problemer i forhold til deltagelsen på arbejdsmarkedet. Her peges der i litteraturen på gruppen af mobilitetshandicappede har en beskæftigelsesfrekvens på 50-60 % (Clausen m.fl.:2004, Kjeldsen m.fl.:2012).

I litteraturen er der således tydelig empirisk dokumentation for, at handicappede og personer med kroniske sygdomme i væsentligt mindre grad deltager på

arbejdsmarkedet, end personer uden handicap eller kroniske sygdomme. Dette er på mange måder ikke overraskende, taget i betragtning af personer med handicap og kroniske sygdomme netop har helbredsmæssige begrænsninger, der kan vanskeliggøre deltagelsen på arbejdsmarkedet. Litteraturen påviser dog først og fremmest en empirisk sammenhæng mellem handicap og beskæftigelse, men adresserer ikke forskellige forskellige forklaringer på denne sammenhæng. Der kan således ikke på baggrund af litteraturen konkluderes i hvor høj grad den lave arbejdsmarkedsdeltagelse skyldes de begrænsninger handicappet eller sygdommen påfører den enkelte og i hvor høj grad andre faktorer såsom diskrimination, fravær af hjælpemidler, uddannelsesniveau og incitamentsmæssige og strukturelle faktorer har forklaringskraft.

## **2.2 HANDICAP, MARGINALISERING OG TRIVSEL**

Det foregående afsnit viste tydeligt at handicappede og personer med kroniske lidelser i væsentligt lavere grad end gennemsnittet deltager på arbejdsmarkedet. Dette gælder både i dansk sammenhæng såvel som i en generel skandinavisk og nordeuropæisk sammenhæng. Denne afhandling fokuserer imidlertid ikke kun på handicappede og kronisk syges arbejdsmarkedsdeltagelse men på, hvordan arbejdsmarkedsdeltagelsen påvirker den sociale eksklusion af kronisk syge og handicappede. Udgangspunktet for afhandlingen er således en antagelse om, at handicappede og kronisk syge i højere grad end gennemsnittet oplever social eksklusion og marginalisering. I dette afsnit vil denne antagelse blive underbygget af den eksisterende empiriske viden på området, og den eksisterende viden om handicappede og kronisk syges trivsel, levevilkår og deltagelse generelt i samfundet vil blive gennemgået.

### **2.2.1 LEVEVILKÅR OG TRIVSEL**

Kigger man på den generelle trivsel blandt handicappede og personer med kroniske lidelser, tegner litteraturen generelt det billede, at handicappede og kronisk syge trives dårligere end personer uden handicap eller kronisk sygdom. Trivsel måles her

oftest som den selvoplevede trivsel, og ofte benyttes WHO's 5-trivselsindex, der på tværs af lande og forskellige populationer har vist sig at være godt mål for individuel trivsel (Bech m.fl.:2003, McDowell:2010, Heun m.fl.:1999, Löwe m.fl.:2004). Trivselsindexet giver en score fra 0 til 100, hvor en score på 100 er et udtryk for det højeste niveau for trivsel. Ser man på de danske resultater, viser SFI's undersøgelser, at handicappede og personer med kroniske lidelser scorer signifikant lavere på WHO's trivselsindex end personer uden handicap og kronisk sygdom og end gennemsnittet i befolkningen generelt. Næsten en tredjedel af de handicappede og kronisk syge har en trivselsscore på under 50, hvor det blandt personer uden kronisk sygdom eller handicap kun er 8 %, der har så lav en score. Personer med en score på under 50 har en forøget risiko for at udvikle eller have en depression eller stress. Personer med en score på under 36 betragtes som værende i høj risiko gruppen for at udvikle depression eller stress (Kjeldsen m.fl.:2013). Næsten 1/6 af de personer, der har en kronisk sygdom eller et handicap har en trivselsscore på under 36, mens det for personer uden handicap eller kronisk sygdom kun er 2,5 % (Kjeldsen m.fl.:2013). Kigger man på, hvordan typen af handicap hænger sammen med trivsel tyder det på, at særligt personer med psykiske lidelser eller handicaps scorer lavt i forhold til WHO's trivselsindex. Blandt denne gruppe har halvdelen en trivselsscore under 50 og en tredjedel en trivselsscore under 36 (Kjeldsen m.fl.:2013). Dette må formodes til dels at hænge sammen med, at nogle af de parametre, der bruges til at måle trivsel også netop kan være symptomer på visse psykiske lidelser, ligesom lav trivsel er associeret med en forhøjet risiko for at have eller udvikle psykiske problemer såsom depression og stress. Svenske studier af voksne med intellektuelle og mentale handicaps tegner samme billede. Personer med intellektuelle eller mentale handicaps har også ifølge disse studier en markant lavere trivsel end gennemsnittet af befolkningen (Umb-Carlsson & Sonnander:2005, Umb-Carlsson & Sonnander:2006, Gustavsson). Næstefter personer med psykiske lidelser eller handicaps er det personer med mobilitetshandicaps og med kroniske sygdomme, som oplever den laveste grad af trivsel. Omvendt er det personer med sansehandicaps, der generelt oplever den højeste grad af trivsel (Kjeldsen m.fl.:2013).

Også i forhold til generelle levevilkår peger forskningen på, at handicappede og kronisk syge er dårligere stillede end gennemsnittet i befolkningen. Norske studier peger på, at kronisk syge og handicappede, der modtager førtidspension, er dårligere stillede i forhold til materielle goder og økonomiske ressourcer, og at de i højere grad end befolkningsgennemsnittet oplever problemer i forhold til at kunne betale deres regninger både i forhold til uforudsete og løbende udgifter (Blekesaune & Øverbye:2000, Blekesaune:2005). En dansk undersøgelse fra SFI viser ligeledes at personer med større såvel fysiske som psykiske funktionsnedsættelser generelt har en lavere indkomst end personer uden funktionsnedsættelser (Damgaard m.fl.:2013). En anden norsk undersøgelse peger på, at personer med funktionsnedsættelser lidt hyppigere bor til leje end gennemsnittet i befolkningen, ligesom personer med funktionsnedsættelser også generelt har en mindre bolig både i målt i antal kvadratmeter per beboer i husstanden og målt på antal rum til rådighed (Molden m.fl., 2009). Ligeledes fremhæves det at særligt personer med udviklingshæmning bor i store bofællesskaber og denne tendens er stigende. Der peges fra forskningsmæssig side på, at boformen ikke som ventet modvirker ensomhed og at boformen ofte ikke fungerer godt i praksis, ligesom de store bofællesskaber for personer med handicap kan medvirke til en øget marginalisering i forhold det omgivende samfund (Kittelsaa & Tøssebro:2011, Olin:2003). Et andet studie undersøger bl.a. livskvalitet og deltagelse blandt personer der grundet fysiske eller psykiske handicap bor på plejehjem eller i plejeboliger. Her findes ligeledes at beboerne her har en markant lavere oplevet livskvalitet, særligt den sundhedsbetingede livskvalitet, og de fysisk og psykisk oplever sig mere begrænsede i forhold til deltagelse (Dragest:2009). Det fremhæves således at boligsituation har betydning for livskvalitet, trivsel og deltagelse, men flere af studierne peger også på boligsituationens betydning i forhold til den enkeltes økonomiske situation. Det at eje egen bolig betragtes som den væsentligste form for opsparring, ligesom de skandinaviske skattesystemer stiller boligejere mere fordelagtigt end folk, der bor i lejebolig. Der sker således en indirekte økonomisk omfordeling fra boliglejere til boligejere, hvorfor en marginalisering på boligområdet også indirekte vil medvirke til at styrke den økonomiske marginalisering af handicappede og kronisk syge.

Forskningen peger således på, at handicappede og kronisk syge ikke alene har en lavere oplevet trivsel. De befinder sig også hyppigere i en økonomisk marginaliseret position i samfundet og oplever i højere grad at være økonomisk trængte, ligesom de hyppigere oplever begrænsninger i forhold til adgangen til materielle goder. Derudover bor særligt personer med nogle typer af handicap hyppigere i boformer såsom bofællesskaber med andre med samme handicap eller sygdom, plejeboliger eller plejehjem, hvilket tyder på at styrke denne gruppes marginalisering i forhold til det omgivende samfund.

### **2.2.2 UDDANNELSE**

Også i forhold til det at tage en uddannelse synes handicappede og kronisk syge at være marginaliserede. Forskningen peger på at handicappede og kronisk syge generelt har et markant lavere uddannelsesniveau end resten af befolkningen (Blekesaune & Øverbye:2000, Blekesaune:2005, Molden m.fl., 2009, Damgaard m.fl.:2013, Michelsen m.fl.:2005).

Personer med handicap marginaliseres hyppigere i skolesystemet og allerede på folkeskoleniveau er børn med fysiske handicap eller mentale og psykiske handicap ofte marginaliserede (Karlsson:2007, Karlsson:2012, Isaksson, Lindqvist & Bergström:2009). Særligt børn med psykiske diagnoser og mentale handicaps marginaliseres ofte i skolen, de bliver ofte kategoriseret som problembørn og der er en tendens til man i folkeskolen betragter disse børn, som en gruppe af børn, der ikke passer ind i folkeskolen (Karlsson:2007, Karlsson:2012, Goodley & Cole:2011, Isaksson, Lindqvist & Bergström:2009, Wendelborg:2010).

Også i forhold til ungdomsuddannelser og videregående uddannelser klarer personer med handicap eller kroniske sygdomme sig dårligere end gennemsnittet i befolkningen. Et svensk studie viser eksempelvis at unge med lidelser som ADHD klarer sig væsentligt dårligere i skolen og i gymnasiet. Deres karakterer er lavere og en større andel kvalificerer sig slet ikke til gymnasiet (Ek:2011) Ligeledes er det markant færre, der tager en længerevarende uddannelse og personer med handicap

og kroniske sygdomme oplever hyppigere barrierer i forhold til at kunne tage en videregående uddannelse (Molden m.fl., 2009, Damgaard m.fl.:2013). Ligeledes peges der på, at økonomiske tilskudsordninger og muligheder for hjælpemidler benyttes meget sjældent (Molden m.fl., 2009). Samtidig skal personer med funktionsnedsættelser bruge mere tid på daglige gøremål, ligesom de også oplever et større behov for hvile. Samtidig bruger studerende med funktionsnedsættelser lige så meget tid på studiet, som studerende uden, hvilket betyder at venskaber, sociale aktiviteter mv. i vid udstrækning nedprioriteres, og studerende med funktionsnedsættelser derfor er mere alene gennem studiet (Magnus:2009). Den sociale isolation kan i sig selv være medvirkende til, at personer med handicap eller kroniske sygdomme i mindre grad gennemfører en videregående uddannelse, men undersøgelsen viser også, at personer med handicap eller kronisk sygdom har flere udfordringer i forhold til dagligdags gøremål, hvilket også kan være medvirkende til at de samlet set får sværere ved at gennemføre en uddannelse. Det er således vigtigt at skolesystemet anerkender de særlige behov, ikke kun snævert i forhold til det faglige arbejde, som personer med funktionsnedsættelser har, hvis de skal have mulighed for at kunne gennemføre en uddannelse (Legard & Terjesen:2010). En anden norsk undersøgelse peger på, at netop en høj uddannelse har størst betydning for handicappedes muligheder for at finde et arbejde (Vedeler & Mossige: 2010), hvorfor marginaliseringen af handicappede på uddannelsesområdet bliver særlig central i forhold til spørgsmålet om deltagelse på arbejdsmarkedet såvel som i forhold til den økonomiske marginalisering af gruppen.

Udover egentligt uddannelsesniveau viser en undersøgelse fra SFI at mere end dobbelt så stor en andel af personer med handicap eller kronisk sygdom har læse eller skrive vanskeligheder. Undersøgelsen viser således at 15,3 % af personer med handicap eller kronisk sygdom har svært ved at læse og / eller skrive, mens andelen kun er 6,2 % blandt resten af befolkningen. Samtidig har kun 5,5 % af de personer, der har et handicap eller en kronisk sygdom angivet, at deres handicap er ordblindhed (Damgaard m.fl.2013). Det anslås ligeledes at ca. 5 % af befolkningen lider af ordblindhed (Socialstyrelsen.dk) Andelen af handicappede eller kronisk syge med læse / skrivevanskeligheder er ligeledes steget med 3 % point fra 2010 til 2012 (Damgaard m.fl.2013).

### 2.2.3 DELTAGELSE OG SOCIALT NETVÆRK

Ligesom i forhold til arbejde og uddannelse viser forskningen også at handicappede og kronisk syge klarer sig dårligere end gennemsnittet, når det handler om social deltagelse og om at have et socialt netværk. I dansk kontekst har SFI undersøgt den sociale deltagelse hos handicappede og kronisk syge, og her finder man at handicappede og kronisk syge deltager mindre i sociale aktiviteter såsom foreningssport, mens de i lige sø høj grad som gennemsnittet er aktive i handicaporganisationer og deltager i aftenskoleundervisning o.lign. Konklusionen er her at handicappede og kronisk syge kun i mindre omfang ekskluderes fra institutionaliserede sociale aktiviteter (Damgaard m.fl.:2013). Til gengæld deltager personer med handicap og kronisk sygdom signifikant mindre i ikke-institutionaliserede eller uformelle sociale aktiviteter. De deltager således sjældnere i kulturelle, politiske og sociale byaktiviteter eller aktiviteter i nærmiljøet, ligesom de også i signifikant mindre grad ses med venner og bekendte. I forhold til kontakten med familien er det dog i særlig grad personer med psykiske lidelser eller handicaps, som i lidt mindre grad ses jævnligt med den nærmeste familie (Damgaard m.fl.:2013, Clement:2004). En norsk undersøgelse peger dog modsat på at personer med funktionsnedsættelser generelt ses med den nærmeste familie lidt sjældnere end gennemsnittet og at forskellen er særlig stor i forhold til kontakten med søskende (Molden m.fl.2009). Dette billede findes også hvis man kigger særskilt på førtidspensionister. Denne gruppe ses sjældnere med venner og familie en gennemsnittet (Clement:2004, Blekesaune & Øverbye:2000, Blekesaune:2005) Derudover er handicappede og kronisk syge hyppigere enlige, og de har generelt lavere forventninger til egne muligheder for at finde og fastholde en partner i fremtiden (Damgaard m.fl.:2013)

Samme billedet af at handicappede og kronisk syge generelt deltager mindre findes også i det store hele i norske undersøgelser. Her finder man ligeledes at personer der er tilkendt førtidspension, og således altså har handicap eller en kronisk sygdom, kun i lidt lavere grad end gennemsnittet deltager i foreningslivet. Til gengæld deltagere gruppen markant sjældnere i andre fritidsaktiviteter, ligesom de har et svagere socialt netværk. Særligt er det her personer med psykiske lidelser og

ældre med handicap, der har svært ved at opnå social kontakt med venner og bekendte, ligesom det også er denne gruppe der deltager mindst i fritidsaktiviteter og organisationsarbejde generelt (Blekesaune & Øverbye:2000, Blekesaune:2005, Molden m.fl.:2009, Tøssebro:2009). Ligeledes oplever personer med funktionsnedsættelser hyppigere at være ufrivilligt ensomme, og en undersøgelse peger på at hver tiende person med funktionsnedsættelser hyppigt oplever ufrivillig ensomhed (Molden m.fl.:2009, Blekesaune:2005).

Der peges i forskningen på, at mere institutionaliserede og fast organiserede aktiviteter kan være lettere for personer med handicap og kroniske sygdomme at tage del i, at de hyppigere deltager i denne form for aktiviteter og at det er lettere at arbejde med inklusion her, fremfor i mere uformelle aktiviteter (Damgaard m.fl.:2013, Løvgren:2009). Samtidig peges der imidlertid også på, at selvom de institutionaliserede aktiviteter er lettere for handicappede og personer med kroniske sygdomme at få adgang til, så reproduceres de isolerende og ekskluderende mønstre eksempelvis fra skolesystemet også ofte i disse sammenhænge. Deltagelsen i institutionaliserede aktiviteter får derfor ikke altid den ønskede inkluderende virkning (Løvgren:2009). Netop det at deltage socialt i institutionaliserede såvel som mere uformelle aktiviteter fremhæves samtidig, som en vigtig forudsætning for at unge med handicap og funktionsnedsættelser kan udvikle og leve et selvstændigt liv (Kollstad:2008).

Også i forhold til den politiske deltagelse er personer med handicap og kroniske sygdomme oftere udfordret end gennemsnittet i befolkning. Alene det at udføre sin stemmeret ved valg bliver vanskeliggjort af at have en funktionsnedsættelse. Dette gælder både den praktiske gennemførelse af selve valghandlingen, men også adgangen til den nødvendige information og muligheden for at overskue denne (Guldvik, Johansen & Askheim:2008, Tøssebro:2009). Samtidig er personer med funktionsnedsættelser markant underrepræsenterede i politik og gruppen mangler i høj viden om, hvordan rekruttering og deltagelse foregår, og hvad man kan opnå ved at deltage (Guldvik, Johansen & Askheim:2008).



En svensk komparativ undersøgelse af Sverige og Storbritannien viser dog omvendt, at gruppen af handicappede generelt er godt oplyste om medborgerskab og om deres rettigheder og pligter i forhold til det at være aktive medborgere. Til gengæld oplever gruppen ofte vanskeligheder ved at få adgang til at deltage, ligesom de også oplever at blive nægtet retten til deltagelse, selvom de har et stort ønske om at deltage (Sandén & Tideman:2006).

## **2.3 OPSUMMERING**

Generelt viser den empiriske forskning indenfor handicapområdet, at personer med handicap og kroniske sygdomme i rigtig mange sammenhænge befinder sig i en marginalposition i samfundet. Dette gælder både forhold til arbejdsmarkedsdeltagelse såvel som i forhold til uddannelsessystemet og i forhold til den sociale og politiske deltagelse. Ligeledes er handicappede og kronisk syge også oftere økonomisk marginaliserede, og de har mindre adgang til materielle ressourcer, ligesom de generelt trives dårligere end gennemsnittet i befolkningen.

Selvom der er tydelig sameksistens af handicap / kronisk sygdom, arbejdsmarkedseksklusion og social eksklusion og marginalisering, fortæller undersøgelserne dog ikke noget om kausale forbindelser mellem fænomenerne. Man kan således på baggrund af den eksisterende forskning konkludere at alt tyder på, at handicap / kronisk sygdom, arbejdsmarkedseksklusion og social eksklusion på en eller anden måde er forbundne fænomener. Men om den sociale eksklusion af kronisk syge og handicappede skyldes deres manglende deltagelse på arbejdsmarkedet eller om den lave arbejdsmarkedsdeltagelse er et resultat af tilstedeværelsen af et handicap eller af generel social eksklusion kan man ikke på baggrund af den eksisterende forskning sige noget entydigt om.



## Kapitel 3 FØRTIDSPENSION - HISTORIE OG UDVIKLING

Førtidspensionsordningen stammer, i den form vi kender den i dag, fra 1984, men ordningen har historisk rødder tilbage til 1920'erne. Igen gennem tiden har førtidspensionsordningens og dens forløberes fokus og målgruppe ændret sig, ligesom førtidspensionsordningen er blevet reformeret to gange siden 1984 senest i 2013. Dette kapitel beskriver førtidspensionens historiske tilblivelse og udvikling samt de seneste policy reformer på området. Derudover gennemgår kapitlet også udviklingen og sammensætningen af gruppen af førtidspensionister gennem det seneste årti.

Førtidspension er imidlertid ikke det eneste politikområde, der omhandler forsørgelse af personer, som ikke kan forsørge sig selv pga. sygdom eller handicap. Allerede fra slutningen af 1800-tallet har der eksisteret sygekasser, som senere hen er blevet til sygedagpengeordningen. Sygekasserne var oprindeligt ligesom invalideforsikringen en forsikringsordning, hvor mindre bemidlede kunne forsikre sig imod indkomsttab i forbindelse med sygdom. I dag dækker retten til sygedagpenge i forbindelse med midlertidig sygdom alle, der enten er forsikrede i en A-kasse og ville have haft ret til dagpenge, hvis ikke sygdommen var indtruffet samt alle beskæftigede, der ikke i deres ansættelse har ret til løn under sygdom, og som forud for sygemeldingen har været i uafbrudt beskæftigelse i minimum 26 uger forud for sygemeldingen og i den periode har arbejdet minimum 240 timer. Sygedagpengeordningen er således ikke længere en ren forsikringsordning, idet retten til sygedagpenge afhænger enten af forsikring i A-kasse eller tilknytningen til arbejdsmarkedet forud for sygdommen. Sygedagpengeordningen er imidlertid en ordning målrettet midlertidig sygdom, hvorfor personer med kroniske sygdomme eller stationære handicaps ikke er berettigede til sygedagpenge. Det samme gør sig gældende for personer, hvor behandlingsmulighederne for sygdommen er udtømte. Da denne afhandling først og fremmest er fokuseret på kronisk syge og handicappede, er sygedagpengeområdet ikke yderligere gennemgået, ligesom

udvikling og sammensætning af gruppen af sygedagpengemodtagere heller ikke er behandlet nærmere.

### **3.1 FRA INVALIDEFORSIKRING TIL FØRTIDSPENSION**

Tanken om at det offentlige skal medvirke til at sikre, at der gives i hvert fald et minimum af økonomisk hjælp til de, der er ude af stand til at forsørge sig selv eksempelvis pga. alder, sygdom eller invaliditet, kan spores tilbage til den danske velfærdsstats spæde start i 1890'erne og i særdeleshed til de sociale reformer fra 1921-22 og 1933 (Bruus:2004, Christensen:2004).

I 1890'erne begynder kommunerne og den danske stat for første gang sammen at iværksætte en socialpolitisk indsats. Denne indsats handler i udgangspunktet om økonomisk hjælp til ældre borgere, og staten lægger her en rammelovgivning nedover kommunerne, indenfor hvilken kommunerne selv på baggrund af skønsvurderinger kan tildele alderdomsunderstøttelse. Staten refunderer indenfor disse rammer 50 % af kommunernes udgifter til aldersunderstøttelse (Bruus:2004). Alderdomsunderstøttelsen kan på dette tidspunkt tildeles ældre over 60 år, der skønnes ubemidlede og værdigt trængende. At være ubemidlet er en grænse for økonomisk indkomst og formue og en grænse kommunerne i praksis kunne flytte op eller ned. At være værdigt trængende er derimod væsentligt mindre konkret, og var i realiteten en stigmatisering af grupper som kriminelle, alkoholikere og prostituerede, der betragtedes som uværdigt trængende (Bruus:2004). Selvom aldersunderstøttelsen har betydelige diskriminerende elementer og selvom den udbetalte ydelse på dette tidspunkt kun udgør et absolut eksistensminimum, er aldersunderstøttelsen første gang stat og kommune sammen iværksætter en socialpolitisk indsats, der tildeler økonomisk hjælp til en udsat gruppe af borgere. Hjælpen har dog på dette tidspunkt stadig karakter af almisse fremfor et egentligt rets sikret krav om hjælp. Hjælpen til fattige (ældre) var baseret på ideen om afskrækkelse, og det skulle være mindre attraktivt at søge hjælp end at forsørge sig selv. Det betød at hjælpen var på et absolut minimum, og modtageren af hjælpen underlagde sig i et eller omfang altid kommunens formynderskab (Christensen:2004).

I 1903 bliver der, efter at Venstrereformpartiet kommer til magten i 1901, sat fokus på endnu en udsat gruppe, der potentielt kunne være en målgruppe for offentlig hjælp nemlig de invalide. Dette medfører at der samme år nedsættes en Invaliditets- og Aldersrente Kommission, der skal se på problemer i forbindelse med en mulig invaliditets og aldersforsikring. Derudover skal kommissionen også se på andre typer af sociale forsikringer bl.a. arbejdsløshedsforsikring. Kommissionen kommer med sin afrapportering i 1914, men pga. 1. Verdenskrigs udbrud samme år, sættes arbejdet med forsikringsordningerne herefter på holdt (Bruus:2004).

I årene efter 1. Verdenskrigs afslutning fremsættes flere forslag om indførelse af en invalide- og aldersrente. Men det er først i 1921 at et endeligt lovforslag om indførelse af invalide- og aldersrente sendes til afstemning. Forslaget baserer sig de forudgående forslag og indeholder to særskilte lovforslag, henholdsvis et forslag om en invaliderente og om en aldersrente. Invaliderenten er en forsikringsordning, hvor arbejdstagerne kan indbetale bidrag til såkaldte sygekasser og ad den vej forsikre sig mod invaliditet. Samtidig opkræves også et helårligt beløb fra arbejdsgiverne, der skal kompensere for invaliditet som følge af arbejdsskader. Ordningen baserer sig på faste takster, der udbetales ved mere end  $\frac{2}{3}$  invaliditet eller oversat ved en rest erhvervsevne på under  $\frac{1}{3}$ . Taksterne var uafhængige af antal forsikringsbidrag indbetalt forud for invaliditeten og var uafhængig af anden indkomst eller formue, og alle der opfyldte kriteriet om maksimalt  $\frac{1}{3}$  resterhvervsevne fik udbetalt samme beløb. Bemidlede, der ikke havde adgang til medlemskab af sygekasser kunne få adgang til forsikringsordningen ved at indbetale tredobbelt bidrag (Bruus:2004). Ordningen bliver enstemmigt vedtaget, og bliver således den første version af det, vi i dag kender som førtidspension. Ordningen er på dette tidspunkt en forsikringsordning meget lig dagpenge i dag, og selvom alle der indbetaler bidrag er ligestillede i forhold til, hvad de kan få udbetalt ved invaliditet, så er ordningen på dette tidspunkt kun for de, der har midlerne til at forsikre sig. Ikke desto mindre kommer ordningen, sammen med aldersrenten, der indføres kort efter, til at repræsentere et skift i dansk social politik fra almisser til rets sikrede krav på hjælp (Bruus:2004).

I 1933 vedtages en samlet socialreform, der er et lovkompleks bestående af 4 store love, lov om offentlig forsorg, lov om folkeforsikring, lov om arbejdsløshedsforsikring og arbejdsanvisning samt lov om ulykkesforsikring (Christensen:2004). Socialreformen var baseret på samme tankegang som invalide- og aldersrenten fra 1921/22, nemlig den at hjælpen fra det offentlige skulle være et retskrav og ikke en almisser, modtagelse af hjælp betød ikke længere en reduktion af civile rettigheder (fx stemmeret), ligesom hele forsikringstanken og ideen om hjælp til selvhjælp via forsikring også blev videreført. Socialreformen udvider denne tankegang til også at gælde arbejdsløshedsforsikring, arbejdsgivertegnet ulykkesforsikring mod arbejdsulykker mv. I forhold til invaliderenten betyder socialreformen dog blot at invaliderenten bliver en del af en samlet sygeforsikring, hvortil statens bidrag bliver øget, samt at ydelserne fra sygeforsikringen og muligheden for at få hjælp nu bliver bestemt af ens indtægt (Christensen:2004).

Næste store ændring hen imod det, vi i dag kender som førtidspension sker i 1956, da lov om folke- og invalidepension indføres. Essensen af denne lov er, at alle nu får ret til alderdomspension, Folkepensionen, og til invalidepension ved "*betydelig nedsat erhvervsevne*" (Lov om ændring af Folkeforsikringsloven:1956). Dette gælder uanset indkomst og formue og uanset tidligere erhvervsaktivitet, og folkepension og invalidepension bliver således reelt universelle ydelser, som alle borgere har ret til, forudsat de er fyldt 67 år for folkepensionen eller har betydelig nedsat erhvervsevne for invalidepensionen. Samtidig indføres enkelte særpensioner nemlig enkepensionen, en mulighed for tidlig pensionering af efterladte enker der ikke opfylder kravene til folkepension eller invalidepension, og førtidig pensionering, en tidlig tildeling af folkepension til personer mellem 60 og 66 på baggrund af svigtende helbred (Lov om ændring af Folkeforsikringsloven:1956). Forsikringstanken fra de tidligere ordninger er således helt forladt både i forhold til folkepensionen og invalidepensionen.

### **3.1.1 FØRTIDSPENSIONEN INDFØRES**

I 1984 ændres lovgivningen på området igen, hvor den hidtidige lovgivning erstattes af "Lov om Social Pension". Denne lovgivning slår invalidepensionen, enkepensionen og førtidig folkepension sammen til en pension, nemlig

førtidspensionen. Samtidig ændres tilkendelsesgrundlaget således at pensionen nu kan tilkendes dels på et rent helbredsmæssigt grundlag, på et kombineret helbredsmæssigt og socialt grundlag, samt alene på et socialt grundlag. Et socialt grundlag kan være misbrugsproblemer eller andre alvorlige sociale problemer, der forhindrer den pågældende i at kunne varetage et arbejde.

Førtidspensionen er fra 1984 opdelt i fire forskellige pensionstyper, der tilkendes på baggrund af alder og i hvilken grad erhvervsevnen er nedsat. Den højeste førtidspension tildeles personer som stort set ingen restarbejdsevne har, mens de resterende tre niveauer, mellemste, forhøjet almindelig og almindelig førtidspension, tildeles personer der har mellem halvdelen og en tredjedel af deres arbejdsevne tilbage. Den almindelige pension og den forhøjede almindelige pension kan ligeledes også tildeles udelukkende pga. sociale årsager. Førtidspensionsordningen der indføres i 1984 forbliver uændret i næsten 20 år, frem til 2003.

### **3.1.2 REFORMEN I 2003**

Selvom førtidspensionsordningen forbliver uændret i næsten 20 år, kommer der i løbet af 1990'erne igen fokus på førtidspensionsordningen og ikke mindst på de mennesker, der ekskluderes fra arbejdsmarkedet pga. sygdom og handicaps. Fokus er denne gang dog rettet mod, hvordan man forhindrer, at så mange mennesker permanent ekskluderes fra arbejdsmarkedet, og der er en generel politisk enighed om, at antallet af førtidspensionister er for højt, og at det er steget for meget op gennem 90'erne.

Samtidig sættes der politisk fokus på inklusion af marginalgrupper på arbejdsmarkedet og begrebet "det rummelige arbejdsmarked", der også bliver til en konkret policy og politisk strategi opstår. Problemforståelsen har således flyttet sig fra et fokus på at sikre forsørgelse til de, der ikke kunne arbejde grundet kronisk sygdom og handicaps, til et fokus der i lige så høj grad er koncentreret om at øge mulighederne for at personer med handicaps og kroniske sygdomme kan inkluderes på arbejdsmarkedet.

I år 2000 vedtager et bredt flertal bestående af S-R regeringen, Venstre, Det Konservative Folkeparti, Dansk Folkeparti, Kristeligt Folkeparti, Socialistisk Folkeparti og Centrum Demokraterne aftalen om "Det Rummelige Arbejdsmarked og Førtidspension" (Finansministeriet:2000). Aftalen indeholder en lang række af forskellige tiltag, der skal medvirke til at forbedre inklusionen af arbejdsmarkedets marginalgrupper, og specifikt i forhold til førtidspensionsområdet, besluttet det at en reform skal gennemføres i tre trin over de næste tre år (Finansministeriet:2000).

Det første trin er et forebyggende trin, hvor fokus ligger på en styrkelse af den forebyggende indsats, bl.a. for at reducere gruppen af potentielle førtidspensionister. Dette skal gøres ved at forstærke indsatsen for et mere rummeligt arbejdsmarked, bl.a. ved at oprette flere fleksjob og ved en række tiltag, der skal gøre det lettere at inkludere marginalgrupperne på arbejdsmarkedet inden en pension bliver aktuelt. Fokus i det første trin ligger således i reformteksten på det forebyggende arbejde og på at skabe rammerne for at færre personer ender på førtidspension.

Det næste trin er et forberedende trin, hvor arbejdsmarkedet forberedes på en førtidspensionsreform, der i sidste instans har til hensigt at reducere tilgangen til førtidspension. Dette trin udbygger yderligere den forebyggende indsats, og der indføres et krav om at *arbejdsevnen* altid skal være afprøvet i praksis inden pension, fleksjob eller revalidering kan tilkendes. Dette bliver også introduktionen af det såkaldte *arbejdsevnekriterium*, der fremadrettet kommer til at danne grundlaget for tildelingen af eksempelvis førtidspension. Det bliver således et krav til kommunerne, at arbejdsevnen skal være fuldt ud afprøvet, før en borger kan ansøge om førtidspension (Finansministeriet:2000). For at vurdere den enkelte borgers arbejdsevne skal sagsbehandlerne i kommunen benytte *arbejdsevnetoden*. Denne tager udgangspunkt et andet nyt redskab nemlig *ressourceprofilen*, som er en skabelon sagsbehandlerne skal benytte, for at beskrive borgerens personlige og faglige ressourcer. Tanken er her at fokus skal rettes mod ressourcer fremfor begrænsninger i forhold til arbejdsmarkedet. Borgerens personlige ressourceprofil og resultaterne fra arbejdsprøvningen sammenholdes herefter med



arbejdsmarkedets krav, og på baggrund af denne sammenligning fastsættes borgerens arbejdsevne (Socialministeriet:2001).

Det tredje og sidste trin er en egentlig gennemførelse af reform af førtidspensionsordningen. Sigtet med reformen er at reducere antallet af fremtidige førtidspensionister via et mere rummeligt arbejdsmarked og som følge heraf bedre muligheder for inklusion af personer med nedsat arbejdsevne. Reformen består af to hoved elementer. Dels indføres arbejdsevnemetoden og arbejdsevnekriteriet som grundlag for tilkendelsen af førtidspension, hvilket både skal forbedre borgerens retssikkerhed ved at gøre tildelingsprocedurerne ensartede, men også gøre det sværere at få tilkendt pension. Dette skal forstås på den måde, at der nu stilles flere krav til udførlig dokumentation af manglende arbejdsevne bl.a. ved hjælp af arbejdsprøvninger, og at der i reformen lægges op til i højere grad at anvende fleksjob fremfor pensionering (Socialministeriet, Beskæftigelsesministeriet og Finansministeriet:2007). Arbejdsevnekriteriet betyder også, at pensionering alene på baggrund af sociale problemer i realiteten ikke længere er en mulighed. Derudover forenkles regelsættet vedrørende ydelsestakster og ydelsesstruktur, og de tidligere tre niveauer for pensionen erstattes med et enkelt niveau, der dog reduceres hvis eksempelvis ægtefællen har en indtjening over et vist niveau (Finansministeriet:2000). Ligeledes fjernes særydelserne for førtidspensionisterne og i stedet bliver førtidspensionisterne berettigede til boligsikring og andre generelle ydelser, uden at dette modregnes pensionen. Det samme gælder de forskellige handicap kompenserende ydelser, der gøres skattefri og uafhængige af indkomst (Finansministeriet:2000). Det sidste trin af reformen træder i kraft i 2003.

Førtidspensionsreformen får imidlertid ikke den forventede virkning i forhold til antallet nytilkendelser af førtidspension. Da reformen evalueres i 2007 viser resultatet at selvom tilgangen til fleksjob er steget, så er antallet af nye førtidspensionister ikke reduceret som forventet (Socialministeriet, Beskæftigelsesministeriet og Finansministeriet:2007). Samtidig problematiseres antallet af unge og antallet af personer med psykiske lidelser, der tilkendes førtidspension, og her ses i særdeleshed antallet af yngre mennesker med psykiske lidelser som et problem. På denne baggrund vurderes reformen samlet set at have

slået fejl. Det forventede fald i antallet af nye førtidspensionister er ikke opnået, mens antallet af tilkendelser til fleksjob alligevel er steget betydeligt.

### 3.1.3 REFORMEN I 2013

I 2009 / 2010 kommer spørgsmålet om førtidspensionen igen på den politiske dagsorden. Denne gang er det den borgerlige regering bestående af Venstre og Det Konservative Folkeparti, der retter fokus mod førtidspensionsordningen. Ligesom i forbindelse med reformen fra 2000 / 2003, er fokus også her rettet mod en problematisering dels af antallet af førtidspensionister og i særdeleshed en problematisering af, at yngre mennesker og personer med psykiske lidelser tildeles pension.

Dette resulterer i, at regeringen i december 2010 fremsætter et samlet udspil til en reform af førtidspensionen. Udspillet går i overordnede træk ud på, at førtidspensionsordningen ændres, så førtidspension som udgangspunkt fremover kun kan tildeles personer over 40 år i modsætning til den nuværende ordning, hvor førtidspension kan tildeles alle personer i den arbejdsdygtige alder. I stedet for førtidspension, skal unge under 40 år tilbydes såkaldte 5-årige udviklingsforløb. Kun unge, hvor det *"er helt åbenbart, at de aldrig kan få mulighed for at varetage et job"*, skal kunne tildeles førtidspension. Udviklingsforløbene til unge er i udspillet en del af 16 initiativer, der skal fungere som forebyggende indsats i forhold til at fastholde målgruppen på arbejdsmarkedet frem for pension (Regeringen 2010). Selvom forslaget også indeholder elementer af forebyggelse og fastholdelse, ligger det primære fokus på at begrænse tilgangen til førtidspension. Udspillet fra den borgerlige regering bliver ikke til lovforslag i første omgang.

I 2011 er der folketingsvalg, hvor Socialdemokratiet, Det Radikale Venstre og SF overtager regeringsposten. Kort efter valget fremsætter den socialdemokratisk ledede regering et forslag til ændring af førtidspensionsordningen, der i store træk ligner det udspil, den forrige regering kom med et år tidligere. Det betyder, at førtidspensionsordningen overordnet set afskaffes for personer under 40 år, med

mindre det er ”helt åbenbart” at de ikke vil kunne varetage et job. Udviklingshæmmede og terminalpatienter fremhæves som eksempler på sådanne tilfælde. For alle andre erstattes førtidspensionen i første omgang med såkaldte ressourceforløb, der kan vare op til 5 år og har til formål at rehabilitere den syge eller handicappede i forhold til arbejdsmarkedet. Under ressourceforløbene forsøges borgeren af en ydelse, der økonomisk svarer til den ydelse, vedkommende modtog forud for ressourceforløbet. Det betyder at borgere, der kommer fra kontanthjælp modtager en ydelse på samme økonomiske niveau som kontanthjælpen, mens borgere der kommer fra dagpenge eller sygedagpenge modtager en ydelse svarende til dagpenge / sygedagpengeniveau. Man differentierer således ressourceforløbsydelsens størrelse baseret på borgerens tidligere forsørgelsesgrundlag. Den enkelte kan deltage i flere ressourceforløb efter hinanden, hvis ikke vedkommende efter endt ressourceforløb er kommet i beskæftigelse (Regeringen:2012).

Reformen af førtidspension og fleksjob vedtages i 2012 med ikrafttrædelse fra 1. januar 2013. Tildelingen og koordineringen af ressourceforløb skal som noget nyt efter reformen, varetages af kommunale, tværfaglige teams, der nedsættes til opgaven, de såkaldte rehabiliteringsteams. Rehabiliteringsteamsene skal bestå af *”medarbejdere fra jobcentret og social-, sundheds- og uddannelsesområdet, der er beslutningskompetente. Teamet skal have adgang til sundhedsfaglig ekspertise, fx en socialmediciner, psykiater, psykolog, sygeplejerske eller fysioterapeut, som understøtter, at ressourcerne bliver brugt effektivt – også i forhold til at udrede arbejdsevne”*(Regeringen:2012 s.10). Den nærmere organisering af teamsene lægges dog ud til den enkelte kommune.

For personer over 40 år bevares muligheden for førtidspension, dog skal der være foretaget et ressourceforløb inden pensionen kan tildeles med mindre det er helt åbenbart at borgeren ikke kan varetage et arbejde og behandlingsmulighederne udtømte (Regeringen:2012).

Sideløbende med reformen af førtidspensionen reformeres også fleksjobordningen. Det betyder at for personer under 40 år bliver godkendelsen til fleksjob midlertidig

med en varighed på 5 år. Ligeledes ændres strukturerne for tilskud til fleksjob således, at arbejdsgiverne kun betaler løn, for den arbejdsindsats, den enkelte person yder, hvorefter kommunen supplerer lønnen med et tilskud. Dette tilskud bliver afhængig af lønindkomst, således at fleksjobbere med en høj timeløn får et relativt lavere tilskud end fleksjobbere med en lav timeløn. Der kommer således i realiteten et loft for, hvor høj en indtægt en person i fleksjob kan have. Ønsket med denne struktur er at gøre det mere attraktivt for arbejdsgiverne at ansætte personer i fleksjob, der kun arbejde få timer om ugen eller som arbejder med en meget lav produktivitet. Samtidig gør strukturen det også mindre økonomisk attraktivt at være i et fleksjob for personer med en relativt høj timeløn, eksempelvis akademikere, særligt i de tilfælde, hvor den enkelte samtidig ville kunne arbejde relativt mange timer. Derudover bliver ledighedsydelsen, som personer i fleksjob får udbetalt ved ledighed, gjort betinget af medlemskab af en A-kasse (Regeringen:2012).

Fokus i reformen og i den politiske debat i årene op til reformen ligger på et ønske om at begrænse antal af personer, der modtager førtidspension. Dette gælder særligt antallet af yngre mennesker, der modtager førtidspension. Som det er gennemgået i kapitel 1, sidestilles eksklusion fra arbejdsmarkedet med en generel eksklusion fra samfundet og med baggrund i dette, argumenteres der i reformen for, at man ikke kan være bekendt, at førtidspensionere særligt yngre mennesker. Samtidig er der også, som det også er gennemgået i kapitel 1, en tendens til at betragte arbejdsløshed og det at stå uden for arbejdsmarkedet som overvejende frivilligt eller et resultat af manglende økonomisk incitament til at arbejde, hvilket særligt gør sig gældende i forhold til gruppen af psykisk syge. Særligt antallet af psykisk syge der tilkendes førtidspension betragtes som stigende. Ligeledes er der en opfattelse af, at i hvert fald en del af de psykiske sygdomme, der tilkendes førtidspension til unge på baggrund af, er forbigående lidelser og at pensioneringen på det grundlag derfor er forkert. Dette kommer bl.a. til udtryk i følgende:

”Det er særligt bekymrende, at stadig flere unge får tilkendt førtidspension, fordi det ofte sker på grund af psykiske lidelser, som heldigvis ikke altid er varige.” (Regeringen:2012 s.7)

Forventningen til reformen er således at man ved hjælp af rehabiliteringsforløbene kan undgå at særligt unge mennesker med psykiske diagnoser tildeles førtidspension, og at deres tilstand i stedet forbedres så de kan (re)integreres på arbejdsmarkedet. Om denne forventning til rehabiliteringsforløbenes virkning er realistisk afhænger af flere ting. En af de ting, der har stor betydning herfor er, hvorvidt dette billede af, hvem der tildeles førtidspension og på hvilket grundlag det sker, også stemmer overens med de faktiske tal. I det næste afsnit vil gruppen af førtidspensionister blive beskrevet ud fra en række deskriptive variable såsom køn, alder og diagnose.

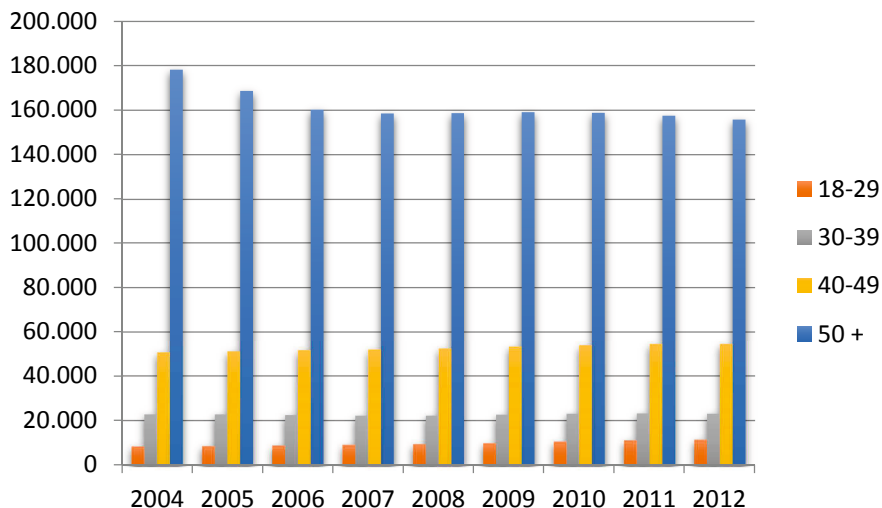
### **3.2 UDVIKLINGEN I GRUPPEN AF FØRTIDSPENSIONISTER**

I den politiske debat forud for reformen, er førtidspensionisterne blevet karakteriseret ved tre ting: et generelt stigende antal, en markant stigning i andelen af unge og en betydelig stigning af unge der pensioneres på baggrund af ”lettere” psykiske lidelser såsom stres, depression og angst. Men kan disse karakteristika også genfindes, når man kigger på den faktiske udvikling på området?

#### **3.2.1 ALDERS OG KØNSSAMMENSÆTNING**

Ser man i første omgang på udviklingen i antallet af førtidspensionister, så er der i øjeblikket knap 250.000 personer på førtidspension. Dette tal har været stabilt gennem i mere end et årti, og faktisk er antallet faldet med ca. 20.000 personer siden 2004. Antallet af førtidspensionister har således ikke været stigende, men derimod svagt faldende, jf. figur 3.1.

Figur 3.1 Udviklingen i antallet af førtidspensionister 2004-2012 fordelt på alder



Kilde: Danmarks Statistik

Kigger man på aldersfordelingen blandt de personer, der pensioneres er langt flertallet af førtidspensionisterne over 40 år. På nuværende tidspunkt er der knap 11.000 førtidspensionister under 30 år, mens antallet over 40 år ligger på over 200.000. Omkring 75 % af de personer der pensioneres hvert år er over 40 år, kun knap 12 % er under 30. Denne aldersfordeling har ikke ændret sig markant gennem det seneste årti jf. figur 3.1.

Langt den største andel af såvel det samlede antal førtidspensionister som antallet af nytilkendelser udgøres således af personer over 40 år. Det er altså ikke de unge, der fylder i den politiske debat, der også fylder i førtidspensionsstatistikken.

Der er ganske vist sket en stigning i antallet af personer under 40 år, der tilkendes førtidspension på 10 % i perioden 2005 til 2012 mod et fald på ca. 1 % i gruppen af nytilkendelser til personer over 40 år. Dette svarer til en stigning på 359 personer for nytilkendelser til personer under 40 år og et fald på 129 personer i antallet af nytilkendelser til personer over 40 år jf. figur 3.2.

Figur 3.2 Andel af nytilkendelser over og under 40 år, 2005 / 2012

	Antal 2005	Antal 2012	Andel af nytilkendelser 2005 %	Andel af nytilkendelser 2012 %	Stigning i antal	Stigning i procent
<b>Under 40 år</b>	3563	3922	25,3 %	26,9 %	359	10,0 %
<b>Over 40 år</b>	10.657	10.528	74,7 %	73,1 %	-129	-1,1 %

Kilde: Ankestyrelsen

2005 er her valgt som sammenligningsgrundlag, fordi det ligger tilpas lang tid efter reformen i 2003, til at praksis har kunnet nå at stabiliseres efter reformen og samtidig er året 2005 tilpas lang tid før kommunalreformen i 2007, der ligeledes skabte en anormal organisatorisk situation, hvilket formentlig har påvirket sagsbehandlingstid mv. i kommunerne og dermed også antallet af tilkendelser til førtidspension.

Ser man på det samlede antal af førtidspensionister og ikke kun på antallet af nytilkendelser, tegner der sig nogenlunde samme billede. Antallet af personer under 40 år er steget med 10 % siden 2005, mens antallet af personer over 40 år er steget med 8 %. I 2005 udgjorde personer under 40 år 13 % af det samlede antal af førtidspensionister mens gruppen i 2012 udgjorde 14 %.

Figur 3.3: Antal førtidspensionister, faktisk antal og procentdel fordelt på alder, 2005 / 2012

	Antal 2005	2005 %	Antal 2012	2012 %
<b>18-29 år</b>	8558	4 %	11.485	5 %
<b>30-39 år</b>	22.697	9 %	23.082	9 %
<b>40-49 år</b>	50.842	20 %	54.184	22 %
<b>50 + år</b>	168.598	67 %	155.769	64 %
<b>I alt</b>	250.695	100 %	244.520	100 %

Kilde: Ankestyrelsen

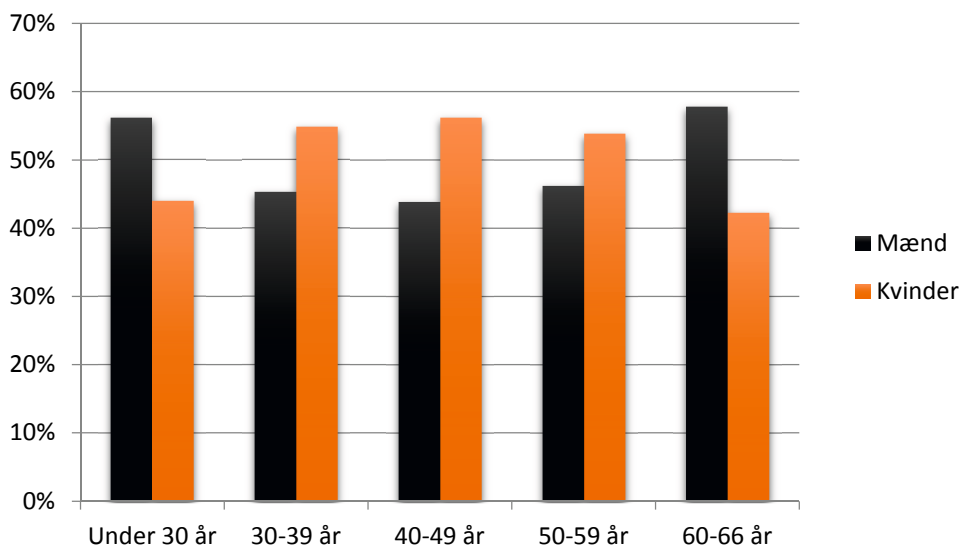
Der er altså generelt sket en lille stigning blandt gruppen af unge og yngre førtidspensionister. Stigningen er dog, når man ser på det faktiske antal, så lille at den i høj grad påvirkes af, hvilke år man bruger som udgangspunkt. Dette skyldes at antallet er så lille, at selv små udsving fra år til år kommer til at påvirke udfaldet af procentfordelingen. Ligeledes må man også forvente at denne type af opgørelser vil være påvirket af generelle demografiske udsving i befolkningen, af konjunkturer og andre eksterne forhold, der kan påvirke tilkendelsespraksis. Dette kan eksempelvis være kommunalreformen fra 2007, som medførte store strukturelle og organisatoriske ændringer, som sandsynligvis har været en medvirkende forklaring på, at lidt færre personer blev tildelt førtidspension i 2007-2008 som følge af længere sagsbehandlingstid og efterslæb af sager. Ser man på det samlede billede over en 10årig periode tegner der sig imidlertid et ganske stabilt billede i forhold til antallet og fordelingen af aldersgrupper.

Ser man på fordelingen af mænd og kvinder, er der generelt lidt flere kvinder end mænd, der tilkendes førtidspension. I 2012 var 52 % af de personer, der fik tilkendt førtidspension kvinder, mens 48 % var mænd *se figur 3.4*.

Betragter man derimod fordelingen af mænd og kvinder blandt nytilkendelserne delt ud på de forskellige aldersgrupper, ændrer billedet sig imidlertid. Her tegner der sig et billede af, at der blandt tilkendelserne til unge mennesker under 30 år og til ældre over 60 år er en overvægt af mænd. Her udgør mænd 56 % og 58 % mens kvinderne udgør henholdsvis 44 % og 42 %. For de midterste aldersgrupper er billedet lige omvendt (*se figur 3.5*).



Figur 3.5: Antallet af nytilkendelser blandt mænd og kvinder fordelt efter alder, 2012



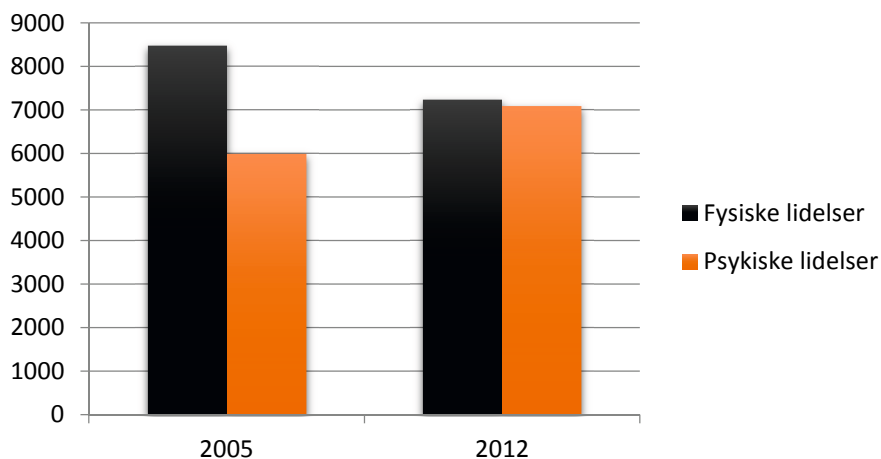
Kilde: Ankestyrelsen

### 3.2.2 DIAGNOSEFORDELING BLANDT NYTILKENDELSENE AF FØRTIDSPENSION

Når man betragter aldersfordelingen er det således ikke de unge, der fylder i statistikken. Men hvordan ser det ud, når man ser på fordelingen mellem de forskellige typer af diagnoser? Hvad er det så for grupper, der dominerer billedet? Hvis man ser på de tilkendelser af førtidspension, der blev givet i 2012, så blev der helt overordnet tildelt lige så mange pensioner på baggrund af fysiske lidelser som der gjorde på baggrund af psykiske lidelser – dog med en lille overvægt af fysiske lidelser. Sammenligninger man dette billede med nytilkendelserne fra 2005, så er der sket et markant fald på over 1000 nytilkendelser på baggrund af fysiske lidelser, mens der samtidig er sket en næsten tilsvarende stigning i andelen af nytilkendelser på baggrund af psykiske lidelser (se figur 3.6). Det ser altså, når man kigger på disse to år ud til, at andelen af tilkendelserne af førtidspension på baggrund af psykiske lidelser stiger, mens andelen af tilkendelser på baggrund af fysiske lidelser

falder. Om dette er en generel tendens kræver dog opgørelser på baggrund af en længere årrække.

*Figur 3.6: Antal nytilkendelser på baggrund af fysiske og psykiske diagnoser, 2005 / 2012*



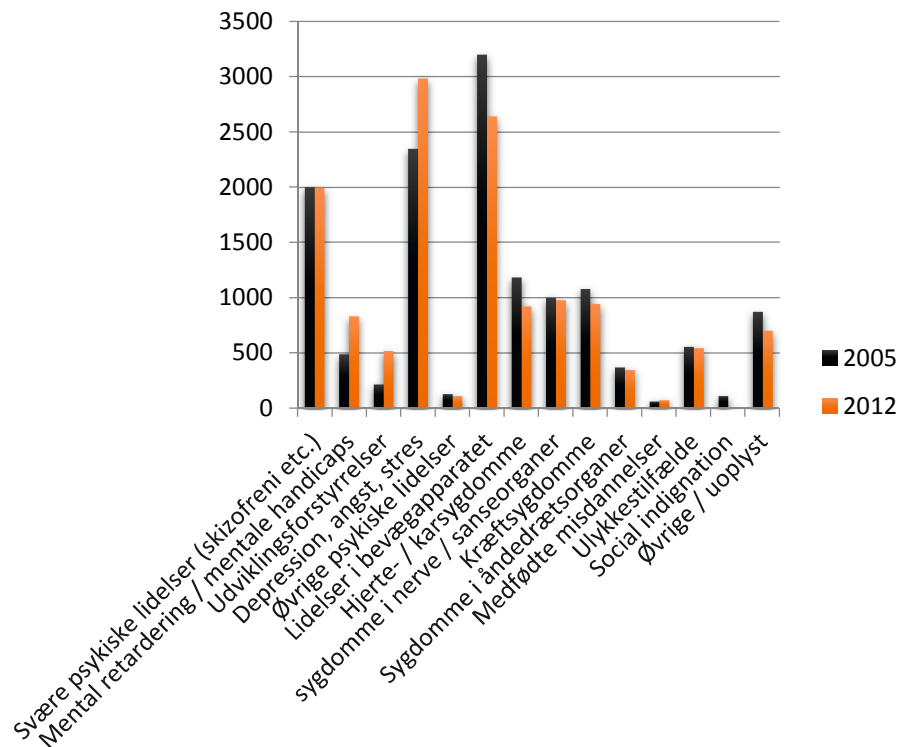
Kilde: Ankestyrelsen

Ser man nærmere på diagnose fordelingen, tegner der sig et lidt mere nuanceret billede. De to største diagnose grupper, er dels lidelser i bevægeapparatet hvilket fx kan være lammelser, skader som følge af fysisk nedslidning, rygsygdomme mv. og dels er det kategorien af psykiske lidelser såsom depression (alle typer), angst, OCD og stressbetingede lidelser, herunder post traumatisk stress. Antallet af tilkendelser på baggrund af problemer i bevægeapparatet er faldet sammenlignet med 2005, mens antallet af tilkendelser på baggrund af depression, angst, stress mv. er steget ca. tilsvarende. Den tredje største kategori er de svære psykiatriske lidelser såsom skizofreni, mani-depressivitet, psykoser og svære personlighedsforstyrrelser. Denne kategori ligger i 2012 antalsmæssigt på samme niveau som i 2005. Udover stigningen i antallet af tilkendelser på baggrund af depression, angst, stress mv. er der i forhold til 2005 sket en stigning i antallet af tilkendelser til personer med mentale handicaps såsom mental retardering og Downs syndrom. Denne stigning er markant, om end antallet af tilkendelser ikke er voldsomt. Det samme gør sig

gældende for den lille gruppe af tilkendelser på baggrund af udviklingsforstyrrelser. Antallet af pensioner der tilkendes på baggrund af denne type af diagnoser er lille, men det er steget betydeligt i forhold til 2005.

Umiddelbart ser det altså ud til, at antagelsen om at man i stigende grad tildeler pension til personer med den type af psykiske diagnoser, man traditionelt har opfattet som helbredelige i et vist omfang, nemlig depression, angst, OCD, stress og lignende diagnoser. Dog tildeles der dog kun pension på baggrund af denne type lidelser i lidt mere en hver 6. nytilkendelse, ligesom tallene i opgørelsen er opgjort på indberettet hoveddiagnose, og således ikke afslører, hvorvidt en pension er tilkendt på grundlag en kombination af diagnoser.

Figur 3.7: Fordeling af forskellige diagnoser blandt nytilkendelser, 2005 / 2012



Kilde: Ankestyrelsen

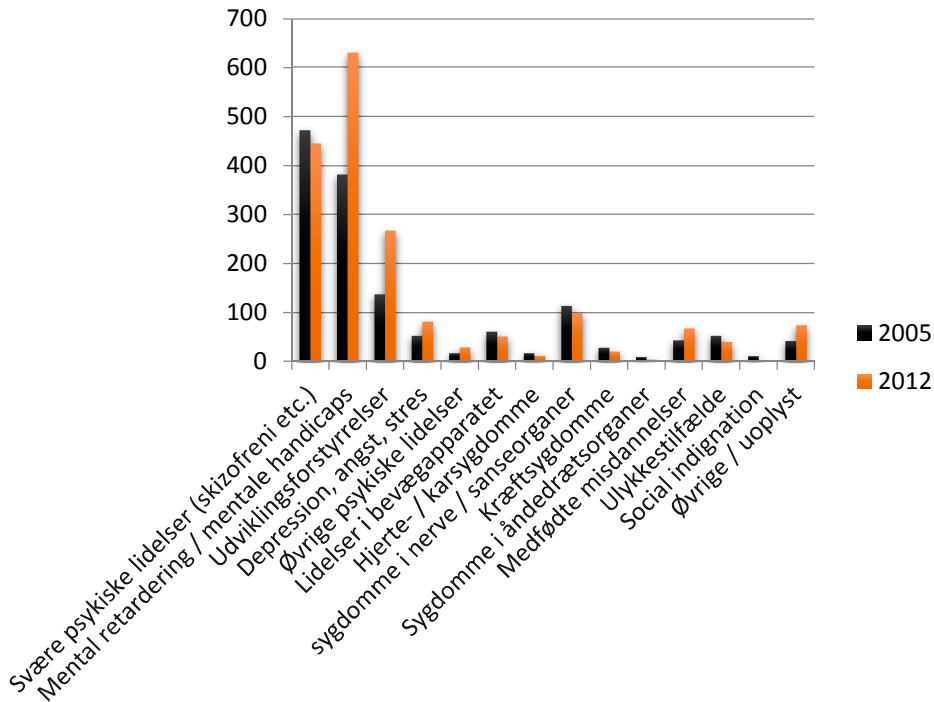
Men hvordan ser billedet ud, når man sammenholder alder med tilkendelsesdiagnose? Er det så også de unge, der pensioneres på baggrund af de ”lettere” psykiske diagnoser?

Langt de fleste unge mennesker, der modtager førtidspension, har rigtig nok fået tildelt pension på baggrund af en diagnose, der hører under den meget brede kategori kaldet psykiske lidelser, der dækker over alt fra lette psykiske diagnoser over svære psykiatriske lidelser, fx skizofreni, til mental retardering. Men hvordan fordeler tallene sig inden for denne kategori?

I 2012 fik 1.817 personer under 30 år tilkendt førtidspension– en stigning på 352 personer siden 2005. Ud af de 1817 personer, fik de 1450 tilkendt pension på baggrund af en psykisk diagnose eller et mentalt handicap. Blandt de unge, der fik pension på baggrund af en psykisk / mental diagnose havde 1/3 (445 personer) en alvorlig psykiatrisk lidelse, eksempelvis skizofreni eller svær psykose. Knap halvdelen, 43 % (629 personer) fik pension som følge af mentalretardering, udviklingshæmning eller medfødt hjerneskade. Herudover blev 18 % ( 266 personer) pensioneret som følge af en udviklingsforstyrrelse. De resterende ca. 8 % udgjordes af personer med spiseforstyrrelser (1 personer) post traumatisk stres og lignende diagnoser(29 personer), angst, OCD og lignende diagnoser (69 personer) og depression (12 personer). Dette svarer til at kun ca. 0,5 % af de unge førtidspensionister fik tildelt pension pga. depression og knap 4 % pga. angst, OCD mv.

Den største diagnose kategori blandt de helt unge er således den store gruppe af personer med mentale handicaps såsom mental retardering, udviklingshæmning o.lign. Det er også denne gruppe af personer, der står for størstedelen af den, dog antalmæssigt lille, stigning, der er sket i antallet af unge mennesker, der tildeles førtidspension. Den næsthøypigste diagnose blandt nytilkendelserne til unge mennesker er alvorlige psykiatriske lidelser såsom skizofreni, maniodepressivitet og psykoser.

Figur 3.8: Unge under 30 år - Fordeling af forskellige diagnoser blandt nytilkendelser, 2005 / 2012



Kilde: Ankestyrelsen

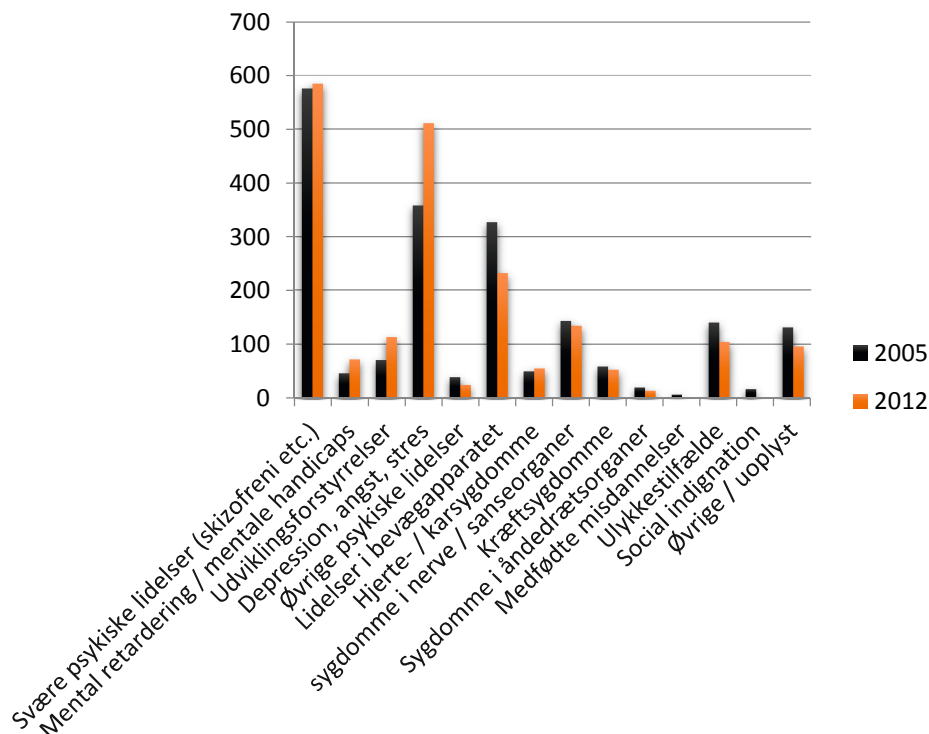
De unge førtidspensionister, er således ikke psykisk sårbare unge mennesker, men oftest personer med meget alvorlige psykiatriske diagnoser eller svær mental retardering. Den depressionsramte unge førtidspensionist findes stort set ikke. Den antalmæssigt lille stigning, der har været i nytilkendelserne af pension til unge mennesker, skyldes primært en stigning blandt antallet af mentalt handicappede og i mindre grad af personer med forskellige udviklingsforstyrrelser. Det er altså de svært psykisk syge og de mentalt handicappede unge mennesker vi har svært ved at finde plads til på arbejdsmarkedet. Ikke de stressede og depressive. Og særligt mentalt handicap bliver væsentligt hyppigere angivet som årsag til en førtidspension i 2012 end tilfældet var syv år tidligere i 2005.

På mange måder er det ikke overraskende, at meget få unge mennesker pensioneres på baggrund af fysiske lidelser. Mange fysiske diagnoser er lidelser, skader eller sygdomme, som opstår eller forværres i løbet af livet og/eller som noget hyppigere rammer de ældre lidt frem for de helt unge mennesker. Det betyder at der helt naturligt ikke vil være ret mange unge mennesker, der diagnosticeres med de forskellige fysiske lidelser, der kan medføre en førtidspensionering. Samtidig kan fordelingen også indikere, at man på arbejdspladserne og i uddannelsessystemet er gode til at inkludere unge mennesker med fysiske begrænsninger, bl.a. som følge af den teknologiske udvikling som giver bedre og bedre muligheder for kompensation. Dette er dog kun indikationer og kan ikke endeligt konkluderes på baggrund af denne simple tabel.

Ser man på midtergruppen, tilkendelserne til personer mellem 30 og 40 år ser fordelingen lidt anderledes ud. I denne alderskategori tilkendes flest pensioner til personer med alvorlige psykiatriske lidelser, skizofreni, mani-depressivitet, psykoser og svære personlighedsforstyrrelser. Denne kategori er ikke steget nævneværdigt siden 2005. Den næststørste kategori er kategorien af tilkendelse på baggrund af diagnoser som depression, angst, OCD og stressbetingede lidelser. Denne kategori er i 2012 steget med ca. 150 nytilkendelser svarende til i alt ca. 500 nytilkendelser i forhold til 2005 (se figur 5.9). Betragter man yderligere denne kategori er over halvdelen af nytilkendelser givet på baggrund af diagnoserne post traumatisk stress eller kronisk belastningsreaktion. Det er i særlig grad denne kategori, der er steget blandt nytilkendelserne til personer mellem 30 og 40 år (ankestyrelsen.dk).

I modsætning til de helt unge er der dog blandt nytilkendelserne til personer mellem 30 og 40 år en noget større andel, der tilkendes på baggrund af fysiske lidelser. Her er særligt lidelser i bevægeapparatet, men også skader som følge af ulykker og sygdomme i nerve / sanseorganer hyppigere forekommende blandt diagnoserne. Det er for så vidt ikke overraskende, at andelen af nytilkendelser på baggrund af fysiske diagnoser begynder at stige når alderen stiger, fordi mange fysiske lidelser og skader optræder hyppigere jo ældre man er.

Figur 3.9: Personer mellem 30 og 40 år - Fordeling af forskellige diagnoser blandt nytilkendelser, 2005 / 2012



Kilde: Ankestyrelsen

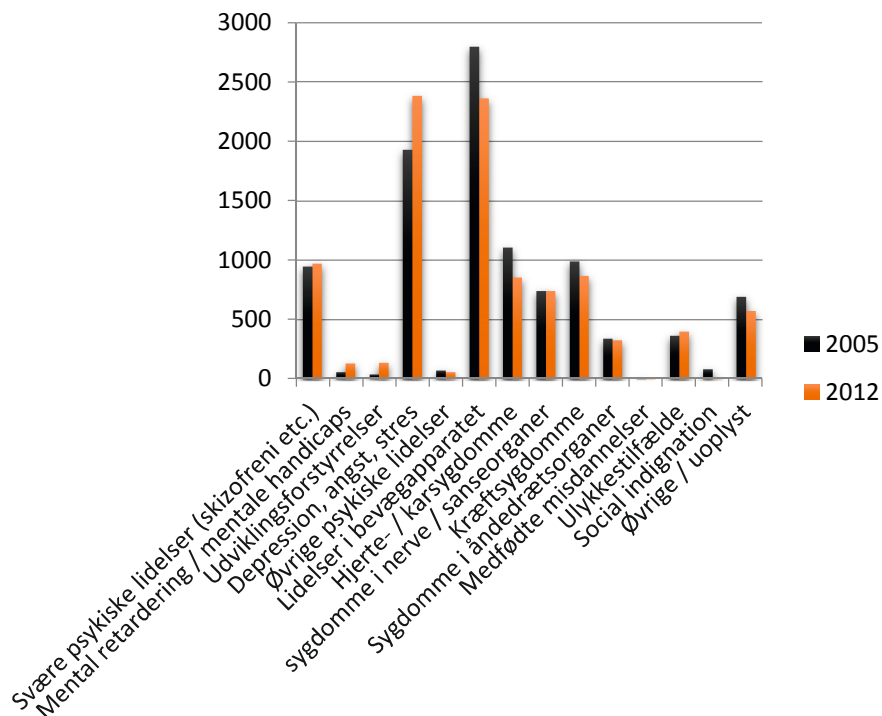
Denne tendens fortsætter når man ser på tilkendelserne til personer over 40 år. Her er det ikke længere en psykisk diagnose, der er den hyppigste årsag til tilkendelse af førtidspension, men derimod en fysisk diagnose. De to hyppigst forekommende diagnoser er dog, som blandt de 30-40 årige, fortsat henholdsvis lidelser i bevægelsesapparatet samt psykiske lidelser som depression, angst, OCD og stressbetingede lidelser (se figur 3.10). Disse udgøres begge i 2012 af knap 2500 nytilkendelser. Ser man på den sidste af de to kategorier, der også i aldersgruppen over 40 år er steget i 2012 i forhold til 2005, så tilkendes der indenfor denne kategori først og fremmest pension på baggrund af depression og stressbetingede



lidelser. Særligt i aldersgruppen 50 + fylder depressionsdiagnoser og til dels også angst diagnoser relativt meget (ankestyrelsen.dk).

Kategorien af svære psykiatriske lidelser udgør en væsentlig mindre andel af nytilkendelserne blandt personer over 40 år end den gør hos de yngre aldersgrupper, men antalsmæssigt tildeles der stadig flere pensioner, knap 1000 nytilkendelser i både 2005 og 2012, til personer over 40 år end der gør til personer under 40 år på baggrund af denne type af diagnoser.

*Figur 3.10: Personer over 40 år - Fordeling af forskellige diagnoser blandt nytilkendelser, 2005 / 2012*



Kilde: Ankestyrelsen

Det er således i høj grad blandt de ældste aldersgrupper, at diagnoser som depression, angst og stress er grundlaget for tilkendelsen af førtidspension, mens

det kun sjældent sker blandt de helt unge. Samtidig peges der fra en anden undersøgelse på, at netop gruppen af personer over 40 år som tilkendes pension på baggrund af bl.a. denne type af psykiske lidelser, oftest kommer fra en stabil tilknytning til arbejdsmarkedet, og kun kortvarigt har været på offentlig forsørgelse, typisk sygedagpenge, forud for pensioneringen (Caswell m.fl.:2012).

Tallene tyder således på, at det ikke er de unge mennesker, med lettere psykiske lidelser, som aldrig er kommet ind på arbejdsmarkedet, der pensioneres, men derimod i høj grad lidt ældre mennesker over 40 år, som i et vist omfang kommer fra en karriere på arbejdsmarkedet, men som rammes af sygdom, der tilkendes førtidspension.

### **3.2.3 UDDANNELSESNIVEAU BLANDT NYTILKENDELSER**

Ser vi til sidst på, hvordan uddannelsesniveaut er blandt de personer, der tilkendes førtidspension, er der ingen tvivl om, at langt flere med ingen eller lav uddannelse tilkendes førtidspension end personer med lange uddannelser. I alt havde halvdelen af de personer, der i 2012 blev tilkendt førtidspension kun et uddannelsesniveau svarende til grundskole niveau / folkeskolens afgangseksamen eller slet ingen uddannelse. Til sammenligningen havde kun lidt mere end hver tiende en lang eller mellemlang videregående uddannelse, mens en tredjedel havde en erhvervsfaglig uddannelse. Denne fordeling er stort set uændret, hvis man sammenligner med 2005.

Ser man på uddannelsesniveaut indenfor de forskellige aldersgrupper, er der måske ikke så overraskende stort set ingen af de helt unge under 30 år, der har taget anden uddannelse end folkeskolen eller en gymnasial uddannelse. 6 % havde en erhvervsfaglig uddannelse mens 2 % havde enten en kort eller mellemlang videregående uddannelse. Dette hænger til dels sammen med, at der blandt de helt unge, og særligt blandt den yngste halvdel af aldersgruppen generelt ikke er ret mange i befolkningen, der har nået endnu at gennemføre en kompetencegivende uddannelse, hvilket naturligvis også vil afspejles blandt de, der tilkendes førtidspension. I takt med at alderen stiger, stiger også andelen af nytilkendelser til personer med enten en videregående eller en erhvervsfaglig uddannelse, og ser man

på de ældste aldersgrupper, de 50-59 årige og 60-66årige, har henholdsvis 15 % og 16 % en mellemlang eller lang videregående uddannelse mens henholdsvis 35 % og 38 % kun har en uddannelse svarende til grundskole niveau eller slet ingen uddannelse.

*Figur 3.11: uddannelsesniveau blandt personer tilkendt førtidspension i 2012*

	Grundskole	Gymnasial	Erhvervsfag-	Kort videregående	Mellemlang videregående	Lang videregående	Andet / ingen	Uoplyst	Total
I alt	46%	4%	28%	7%	9%	2%	3%	0%	100%
15-19 år	97%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	100%
20-29 år	82%	6%	6%	1%	1%	0%	4%	0%	100%
30-39 år	53%	7%	22%	6%	8%	2%	2%	0%	100%
40-49 år	42%	4%	33%	8%	9%	2%	2%	0%	100%
50 -59 år	35%	3%	34%	9%	12%	3%	3%	0%	100%
60-66 år	32%	3%	39%	7%	11%	5%	3%	1%	100%

Kilde: Ankestyrelsen

Selvom uddannelsesniveauet stiger med alderen, er uddannelsesniveauet blandt de personer der blev tilkendt førtidspension i 2012 markant lavere, end det er i befolkningen generelt. Om dette skyldes at personer med lav eller ingen uddannelse har større sandsynlighed for at blive førtidspensionerede eller om kausaliteten, hvis der er en, vender den anden vej, således at kroniske sygdomme og handicaps

påvirker sandsynligheden for at gennemføre en uddannelse, kan krydstabellen herover dog ikke svare på.

### **3.3 OPSAMLING**

Forsørgelse af borgere der pga. kronisk sygdom eller handicap ikke kan forsørge sig selv gennem lønarbejde er ikke noget nyt politisk spørgsmål. Dets oprindelse i en dansk kontekst kan føres mere end 100 år tilbage og har historisk været nært knyttet sammen med udviklingen af den danske velfærdsstat, som den kendes i dag. Igennem det seneste år har det politiske fokus rettet sig imod førtidspensionsordningen, og særligt antallet af førtidspensionister er blevet problematiseret både i en samfundsøkonomisk kontekst og i en socialpolitisk kontekst, hvor eksklusionen fra arbejdsmarkedet har været betragtet som værende en afgørende barriere for den enkeltes samfundsmæssige inklusion og personlige velbefindende.

I januar 2013 trådte en reform af førtidspensionsområdet i kraft. I reformen var der fokus på at undgå at unge blev tilkendt førtidspension eller i hvert fald reducere antallet de unge, og særligt de psykisk syge unge, der blev tildelt førtidspension.

En deskriptiv gennemgang af udviklingen på førtidspensionsområdet har imidlertid vist, at førtidspensionsordningen kun i yderst begrænset omfang benyttes til unge mennesker, og at de ganske få unge, der tildeles førtidspension, først og fremmest er unge med kognitive handicaps såsom mentalt retarderede, hjerneskadede og udviklingshæmmede, samt unge med alvorlige psykiatriske lidelser såsom skizofreni. Den antalsmæssigt lille stigning der er sket blandt unge, der tildeles førtidspension er først og fremmest sket i gruppen af unge med kognitive handicaps.

Langt den største gruppe af førtidspensionister både når man ser på det samlede antal og blandt de personer, som tildeles førtidspension i de enkelte år, er personer som aldersmæssigt hører til blandt de ældste aldersgrupper i arbejdsstyrken. Disse personer tildeles pension både på baggrund af fysiske og psykiske lidelser, og her er

det i særlig grad bevægeapparatsproblemer og psykiske lidelser som angst, stress og depression, som er årsagerne til pensioneringen.



# Kapitel 4 **MEDBORGERSKAB, AUTONOMI OG KAPABILITETER – AFHANDLINGENS TEORETISKE FUNDAMENT**

Denne afhandling baserer sig på to teoretiske perspektiver. For det første baseres den på en teoretisk videreudvikling af T.H. Marshalls definition af socialt medborgerskab, der med udgangspunkt i et oprindeligt feministisk autonomibegreb definerer social eksklusion eller ufuldbyrdet medborgerskab som et tab eller fravær af individuel autonomi (Bothfeld & Betzelt 2011, 2013).

For det andet baseres afhandlingen på Amartya Sen's kapabilitets tilgang (Drèze and Zen:2006, Sen:1992), der dels fungerer som afhandlingens overordnede analytiske ramme og teoretiske perspektiv, men også som en metodisk operationaliserings strategi i forening med Marshall's medborgerskabs begreb. Kapabilitetstilgangen er en bred og interdisciplinær tilgang, der giver en række analytiske og metodiske begreber, der kan anvendes til at undersøge, analysere og vurdere individuel trivsel, velfærd, marginalisering, fattigdom, social forandring mv. (Robeyn: 2006). Tilgangen er en overordnet analytisk og metodisk forståelsesramme og begrebsapparat. Det er således ikke en samlet og færdigudviklet teori, der kan forklare specifikke kausale sammenhænge mellem to fænomener, hvorfor det er nødvendigt at kombinere tilgangen med andre konkrete teoretiske perspektiver, sådan som det i afhandlingen er gjort i forbindelse med medborgerskabsperspektivet.

Valget af kapabilitets tilgangen og det videreudviklede medborgerskabsperspektiv som overordnet ramme for det analytiske arbejde, betyder også, at udgangspunktet for afhandlingen er normativt teoretisk såvel som videnskabsteoretisk. Det normative udgangspunkt for begge perspektiver er, at staten og konkrete policys sigte altid i yderste led bør være, at tilstræbe at borgernes handlemuligheder og handlefrihed til at leve det liv, de finder værdifuldt, sikres og forbedres. Målet med

en policy, det kan eksempelvis være en beskæftigelsespolitik, skal således ikke være at blot at få borgeren i beskæftigelse for en hver pris, men derimod at give borgeren muligheder for at vælge det job, der giver vedkommende værdi.

Derudover er valget af medborgerskabsperspektivet i forhold til forståelsen af social eksklusion ligeledes udtryk for et grundlæggende positivt syn på velfærdsstaten. Dette gælder i særdeleshed velfærdsstatens rolle i forhold til at sikre i særlig grad de sociale medborgerskabsrettigheder. Det gælder både i forhold til borgerens deltagelse i formelle og uformelle institutioner, eksempelvis uddannelse, men også i forhold til at beskytte borgeren fra økonomisk marginalisering og fattigdom, hvis vedkommende i en kortere eller længere periode ikke er i stand til at opretholde en økonomisk indkomst via lønarbejde. Afhandlingens normative syn på velfærdsstaten kan et langt stykke henad vejen sidestilles med Rothsteins velfærdsstatsforståelse, som den kommer til udtryk i "*Hvad bör staten göra?*" (Rothstein:1996). Det betyder at den normative forståelse af velfærdsstaten, der er udgangspunktet for afhandlingen, er en forståelse af, at staten på den ene side er forpligtet til at behandle alle lige og med lige respekt for alle livsprojekter. Staten skal så at sige være neutral og respektere medborgernes frihed og evne til selv at definere eget livsprojekt. På den anden side vægtes der også i velfærdsstaten et bestemt moralsk princip, nemlig princippet om ligestilling og lighed, som bl.a. kommer til udtryk i forhold til omfordelingen af ressourcer og eksempelvis også i forhold til forsørgelse af de personer som grundet handicap eller sygdom ikke kan forsørge sig selv (Rothstein:1996). Her går staten ind og prioritere en normativ og moralsk forståelse af det gode liv over andre. Det er altså den universelle velfærdsstats forening af disse to, i udgangspunktet modsatrettede principper, princippet om det autonome individ og princippet om den egalitære og lighedsskabende velfærdsstat, der er afhandlingens normative udgangspunkt for holdningen til velfærdsstaten. Rothsteins forening af disse to principper fokuserer imidlertid mere snævert på økonomisk og ressourcemæssig ulighed. Selvom der i denne afhandling anerkendes at økonomisk ulighed er en væsentlig faktor til generel ulighed og ulige muligheder, er afhandlingens sigte bredere. Ulighed er i afhandlingen ikke blot et spørgsmål om ressourcer, men også at spørgsmål om



begrænsninger og ulige handlemuligheder som følge af eksempelvis helbred og andre ikke økonomiske faktorer.

#### **4.1 AFHANDLINGENS SOCIAL EKSKLUSIONSBEGREB**

Centralt i afhandlingen står begrebet social eksklusion. Begrebet social eksklusion kan forstås på mange forskellige måder, og er også defineret forskelligt af forskellige teoretikere. Grundlæggende betragtes eksklusion i afhandlingen som et multidimensionalt fænomen: *"Social exclusion is defined as a multi-dimensional proces in which various forms of exclusion are combined."* (Madanipour et. Al: 19998, 22) . Dette betyder, at eksklusion ikke kan reduceres til blot at handle om manglende deltagelse eller muligheder på enkelt område, såsom eksempelvis deltagelse på arbejdsmarkedet eller adgang økonomiske ressourcer. Eksklusion må således studeres i specifikke sammenhænge eller indenfor konkrete og afgrænsede arenaer. Dette betyder også, at eksklusionen knyttes til de konkrete arenaer, hvorfor det også er muligt at være ekskluderet på en arena uden nødvendigvis at være på andre. Endvidere betragtes eksklusion i afhandlingen ikke som et enten eller spørgsmål. Man kan derimod tale om grader af eksklusion, og det enkelte individ kan således være mere eller mindre ekskluderet.

Eksklusion ses således som en bevægelse enten hen imod eller væk fra grænsen af en den konkrete arena, man bevæger sig indenfor. Jo tættere på grænsen man befinder sig, des mere ekskluderet vil man være. Denne forståelse af eksklusion som en bevægelse hen imod eller væk fra grænsen af en bestemt arena, er således i overensstemmelse med Luhmanns marginaliseringsbegreb, der netop definerer marginalisering som en tilstand af delvis eksklusion, hvor individet bevæger sig på yderkanten eller hen imod yderkanten af det normale i et givent samfund (Luhmann: 2000, Larsen og Mortensen: 2009).

Luhmann operer både med begrebet inklusion og eksklusion, hvor inklusion er når en person eller gruppe har en rolle og anerkendes som deltager i et socialt system (Luhmann, 2000, Mortensen: 2009). Omvendt betyder eksklusion det modsatte – mangel på anerkendende rolle. I det Luhmann betegner som det differentierede samfund, er eksklusionsområdet integreret mens inklusionsområdet er ikke-

integreret. Argumentet hos Luhmann er, at hvert system eller hver arena har sine egne inklusionsmekanismer, hvilket netop medfører, at man sagtens kan have status af at være inkluderet i et system, selvom man er ekskluderet fra andre (Larsen og Mortensen: 2009, Luhmann: 2000). Det er vigtigt at fastslå, at der hos Luhmann ikke er indlejret en bestemt årsag til positionen, som fx at ansvaret ligger hos individet eller systemet. Begreberne henviser udelukkende til deltagelse eller ikke-deltagelse i et socialt system (Luhmann: 2000, Mortensen: 2009).

Luhmanns eksklusions begreb kan ikke adskilles fra begreberne differentiering og integration. Hvor eksklusion handler om det enkelte individ eller den enkelte gruppe af individers relation til og deltagelse i et bestemt socialt system, handler differentiering og integration om selve systemet på et samfundsmæssigt plan. Differentieringen beskriver de forskellige sociale systemer eller arenaer i samfundet, mens integration beskriver sammenhængskraften mellem systemerne. I forhold til social eksklusion er særlig differentieringsbegrebet relevant, idet det netop beskriver forskellige typer af arenaer eller sammenhænge, hvorfra individet kan ekskluderes. Luhmann skelner mellem to typer af differentiering, hvor den første handler om konkrete forskelle mellem sociale lag i samfundet – eksempelvis forskelle i fordeling af materielle goder og fordele, forskelle i fordelingen af magt, prestige og indflydelse, og man kan således tale om at der på samfundsmæssigt niveau eksisterer et hierarki hvor sociale grupper bevidst eller ubevidst rangordnes efter parametre som økonomi, anseelse, uddannelse og livsstil (Larsen og Mortensen: 2009).

Den anden type af differentiering betegnes som den funktionelle differentiering. Denne type af differentiering beskriver, at der på samfundsplan eksisterer afgrænsede og funktionelle systemer: fx retssystemet, det økonomiske system, uddannelsessystemet osv. Disse systemer er styret af forskellige koder (fx om gevinst og tab i det økonomiske system og uret vs. ret i det retssystemet) og systemerne er i overvejende grad selvstyrende (Luhmann betegner det autopoietiske) og fungerer ud fra forskellige hensigter mål og idealer (Luhmann:2000, Larsen og Mortensen: 2009). Dette er også netop en årsag til, at

det enkelte individ kan være inkluderet i et system og ekskluderet fra et andet samtidig.

Imidlertid argumenterer Luhmann også for, at det at være ekskluderet i et funktionssystem, har en sneboldeffekt i forhold til positionen i andre systemer, hvorfor eksklusion i et system øger risikoen for at opleve eksklusion fra andre systemer (Mortensen: 2009). I en nordisk kontekst er dette dog ofte modereret noget og således oversat til en knap så ekstrem effekt, hvor der snarere er tale om selvforstærkende cirkler i stedet en sneboldeffekter pga. de nordiske staters stærke velfærdsmodeller (Mortensen: 2009)

## **4.2 EKSKLUSION SOM TAB AF MEDBORGERSKAB**

Social eksklusion betragtes med udgangspunkt i Luhmanns marginaliseringsbegreb som et fænomen, der ikke bare skal forstås på individniveau men i lige så høj grad på systemniveau. Social eksklusion betragtes således ikke kun som et problem for og vedrørende det enkelte individ men i lige så høj grad også som et strukturelt og samfundsmæssigt problem. Eksklusion betragtes således ikke blot som nogle sociale karakteristika eller problemer hos det enkelte individ, men derimod som en ufuldstændig eller mangelfuld relation mellem individet og et bestemt socialt system eller fælleskab. Det er således relationen mellem individ og det omkringliggende samfund, der er afgørende i forhold til eksklusion og ikke blot karakteristika ved det enkelte individ eller samfundsmæssige strukturer. Man kan således tale om, at social eksklusion er et udtryk for et manglende eller ufuldstændigt medlemskab af samfundet, eller sagt med andre ord et ufuldstændigt eller manglende medborgerskab.

*"Citizenship is a membership of a political community. It involves rights and obligations, typically framed in law and enforceable through a system of justice. Social citizenship concerns the right and duties associated with the provision of benefits and services designed to meet social needs and enhance capabilities, and also to guarantee the resources necessary to finance them." (Taylor-Gooby:2009 s. 4-5)*

Medborgerskabsbegrebet relaterer sig til det at være medlem af et samfund, ikke bare formelt i form af statsborgerskab men også reelt. Når man taler om medlemskab i et samfund, refererer både medlemskabs- og medborgerskabsbegrebet sig oftest til den grad af social, politisk og økonomisk integration, der eksisterer i samfundet. Rent teoretisk er medborgerskabsbegrebet for første gang diskuteret og analyseret i T.H. Marshalls "Citizenship and Social Class" fra 1950 (Medborgerskab og Social Klasse, udgivet på dansk i 1992). Langt størstedelen af medborgerskabslitteraturen i dag tager enten udgangspunkt i Marshalls medborgerskabsbegreb eller etableres som en kritik af dette begreb (Clement:2004).

Marshalls medborgerskabsbegreb kredser grundlæggende om individets rettigheder, som hos Marshall opdeles i tre kategorier: civile, politiske og sociale rettigheder. Disse tre typer rettigheder er historisk opstået som en løbende proces, hvor først de civile rettigheder, eksempelvis personlig frihed og retten til rettergang, blev etableret først efterfulgt af de politiske rettigheder, fx retten til at deltage i politiske beslutningsprocesser. Først relativt sent begyndte udvikling af de sociale rettigheder, fx økonomisk velfærd og sikkerhed, deltagelse i sociale processer og aktiviteter, der hos Marshall ses som et afgørende aspekt ved og en afgørende betingelse for at fuldt medborgerskab (Marshall: 1992):

*"Det civile element udgøres af de rettigheder, der er nødvendige for den individuelle frihed – personlig frihed, ytringsfrihed, menings- og religionsfrihed, retten til at besidde ejendom og at indgå gyldige kontrakter, og retten til rettergang. Den sidste er af en anden karakter end de øvrige, fordi det er retten til at hævde og forsvare alle ens rettigheder på lige fod med andre og ved rimelig og retfærdig proces. Dette peger på at domstolene er de institutioner, der er mest direkte forbundet med civile rettigheder. Ved det politiske element forstår jeg retten til at deltage i udøvelsen af politisk magt, enten som medlem af et organ med politisk autoritet, eller ved at vælge medlemmerne til et sådant organ. De tilsvarende institutioner er parlamentet og lokale rådsforsamlinger. Ved det sociale element forstår jeg hele spektret fra*

*retten til et mindstemål af økonomisk velfærd og sikkerhed, til retten til at få fuld andel i den sociale arv og at leve et civiliseret menneskes liv i overensstemmelse med de standarder, der dominerer samfundet. De institutioner, der er tættest forbundet med dette er uddannelsesinstitutioner og socialforsorgen.” (Marshall:1992, 53-54)*

Medborgerskabsbegrebet består således af en række forskellige rettigheder eller elementer, til hvilke der er knyttet samfundsmæssige institutioner. Opdelingen i disse forskellige rettigheder kan på mange måder netop knyttes sammen med Luhmanns opfattelse af samfundet som bestående af en række sociale systemer. Fraværet af rettigheder på de forskellige dimensioner kan således tilsvarende knyttes sammen med eksklusion fra de tilsvarende sociale systemer, og det der hos Luhmann betegnes som en eksklusionsproces, kan man i en medborgerskabsterminologi betegne som fravær eller tab af rettigheder. Medborgerskabsbegrebet hos Marshall er på linie med eksklusionsbegrebet hos Luhmann knyttet til deltagelse og til betingelser for deltagelse. Uden deltagelse vil man ikke kunne realisere den faktiske opfyldelse af formelt lige status som medborgere. Dette betyder også, at manglen på reel lige status som medborgere i yderste konsekvens vil medføre en opdeling af samfundets borgere i første og anden rangs borgere (Clement:2004), hvilket netop med udgangspunkt i Luhmanns eksklusionsbegreb vil lede til en øget social eksklusion i samfundet.

Marshall's medborgerskabsbegreb er primært fokuseret på formelle rettigheder, hvilket netop har været et af kritikpunkter af begrebet i den nyere medborgerskabslitteratur. Der argumenteres bl.a. hos Brubaker for, at formelle rettigheder ikke nødvendigvis medfører reelt medborgerskab. Medborgerskabsbegrebet som reaktion på dette i formelt og substantielt medborgerskab, og det fremhæves at formelt medborgerskab ikke nødvendigvis hverken leder til eller er en forudsætning for reelt eller substantielt medborgerskab (Brubaker: 1992).

En sådan opdeling af medborgerskabsbegrebet giver god mening, og måske netop fordi en opsplætning af medborgerskabsbegrebet i to eller flere dimensioner imødekommer meget af kritikken af begrebet fra nyere medborgerskabsteoretikere,

er en opdeling af begrebet på flere dimensioner hyppigt anvendt i nyere litteratur på området (Percy-Smith: 2000).

Det marshallske medborgerskabsbegrebet har løbende været konfronteret med kritik fra såvel konservative og nye-højre teoretikere som fra social justice teoretikere, der typisk er associeret med den yderste politiske venstrefløj (Ben-Ishai:2006). Kritikken af medborgerskabsbegrebet kan således opdeles i to kategorier. Den første en konservativ og neopaternalistisk kritik, der handler om at det sociale medborgerskab og de politikker, der skal sikre medborgerskabet skaber en afhængighedskultur blandt modtagerne af velfærdsydelser, den anden en social justice orienteret kritik, handler om, politikkerne der skal sikre socialt medborgerskab på den ene side tildeler rettigheder til sårbare borgere, men samtidig også skaber stærke strukturer af social kontrol og social disciplinering (Ben-Ishai:2006).

Ser vi i første omgang på den konservative og nye-højre kritik, så argumenteres det her, at socialt medborgerskab i ligeså høj grad kan betegnes ”privat” eller ”passivt” medborgerskab, fordi der først og fremmest lægges vægt på såkaldte passive rettigheder fremfor forpligtelsen til aktivt at deltage i samfundet (Kymlicka & Norman:1994). Dette medfører ifølge kritikerne af det sociale medborgerskab, at velfærdsstaten skaber passive og afhængige individer – en såkaldt forsørgelseskultur – i stedet for faktisk at skabe medborgere i samfundet, sådan som det oprindeligt var intentionen (Kymlicka & Norman:1994, Murray:1990, Coote, Harman & Hewitt:1990, Raison:1991).

*“Far from being the solution, the welfare state has itself perpetuated the problem by reducing citizens to passive dependents who are under bureaucratic tutelage” (Kymlicka & Norman:1994)*

Fra denne kritik udspringer også argumentet om, at velfærdsydelser med henblik på at sikre socialt medborgerskab ikke bare skaber en afhængighedskultur, men at der også skabes intergenerationelle effekter af afhængigheden. At velfærdsydelserne og forsøgene på at sikre socialt medborgerskab, også medfører en afhængighed på tværs af generationer, forstået således, at børn af personer der modtager

velfærdsydelser arver forældrenes afhængighedskultur. Denne del af kritikken har endvidere ofte et særligt race og / eller kønsperspektiv eksempelvis i forhold til spørgsmål om etniske minoriteter eller enlige mødre (Ben-Ishai:2006).

Selvom argumentet om afhængighedskultur allerede i 1992 empirisk blev modbevist af Hartley Dean og Peter Taylor-Gooby (Dean & Taylor-Gooby:1992), repræsenterer argumentet fortsat et centralt kritikpunkt mod det sociale medborgerskabsperspektiv såvel teoretisk som politisk.

Ser vi på den anden kategori af kritik af det sociale medborgerskabsbegreb, så handler denne kritik om, at ideen om socialt medborgerskab og i særdeleshed de konkrete politikker, der stræber efter at sikre medborgerskabsrettighederne, ganske vist tildeler borgerne, og i særlig grad de udsatte og marginaliserede borgere, nogle rettigheder hvoraf de fleste er rettigheder til forskellige former for økonomisk og materiel hjælp. Dette betyder at staten på den ene side giver borgerne nogle velfærdsydelser, men på den anden side, argumenteres det, skaber netop tildeling af disse ydelser også mekanismer og strukturer af social kontrol (Gorham:1995, Piven & Cloward:1979, Piven & Cloward:1993). Det argumenteres således at politikker med henblik på at sikre det sociale medborgerskab både bemyndiger samtidig med at det også fratager borgeren indflydelse på eget liv. På den ene side tildeler denne type af politikker borgeren en højere økonomisk status og en øget mulighed for deltagelse, men på den anden side tvinger politikken også borgeren til at underkaste sig bestemte procedurer og institutioner, for at staten kan blive ved med at tildele hjælpen (Gorham:1995). Politik med henblik på at sikre socialt medborgerskab får således uanset den oprindelige intention, ifølge denne kritik, altid en disciplinerende effekt, der går udover individets autonomi.

#### **4.3 MEDBORGERSKAB OG AUTONOMI**

Netop individets autonomi er et begreb, der altid indirekte berøres, i diskussionen af socialt medborgerskab. Når der i denne forbindelse tales om autonomi, forstås det som evnen til at leve sit liv i overensstemmelse med ens egen livsplan, eller sagt på en anden måde evnen og muligheden for "self-government" og for at kunne gennemføre eget livsprojekt (Ben-Ishai:2006).

Medborgerskabsbegrebet som er udsprunget fra den marshallske tradition handler i sidste instans om så vidt muligt at korrigere for den økonomiske ulighed i samfundet, som medfører begrænsninger i forhold til borgernes autonomi og mulighed for self-government. Det sociale medborgerskab handler således om at sikre at man gennem en omfordeling af materielle ressourcer forsøger at øge autonomien hos særligt de mest sårbare grupper i samfundet. Socialt medborgerskab ses som *"a status that grants individuals the right to freedom from material constraints that may impede their ability to act autonomously, and therefore to exercise the rights associated with civil and political citizenship"* (Ben-Ishai:2006).

Autonomi er således et centralt begreb i det marshallske medborgerskabsbegreb, men som Ben-Ishai argumenterer for, bliver autonomi begrebet i det meste af medborgerskabslitteraturen formelt reduceret til først og fremmest at være et spørgsmål om materielle ressourcer. Definitionen af autonomi bliver derfor utilstrækkelig, ligesom også opfattelsen af hvilke forhold og betingelser, der skal være opfyldt, før autonomi kan udøves, reduceres til alene at være et spørgsmål om økonomisk formåen (Ben-Ishai:2006, Ben-Ishai:2009, Ben-Ishai:2012).

De to overordnede kritikker, der rettes mod medborgerskabsbegrebet (*se forrige afsnit*) har i et vist omfang sin berettigelse, hvis man alene betragter autonomi som et spørgsmål om materielle ressourcer. Både kritikken fra neopaternalistiske / neoliberale teoretikere samt kritikken fra et theory of justice perspektiv handler i bund og grund om, at de traditionelle medborgerskabssikrende politikker, først og fremmest de økonomiske ydelser, ikke skaber en øget autonomi hos borgerne og derfor heller ikke sikrer medborgerskabet. Begrundelsen herfor er forskellig i de to typer kritikker, men begge kritikker handler om, at det marshallske sociale medborgerskab ikke skaber autonome borgere. Kritikken af det sociale medborgerskab kan imidlertid imødekommes ved en videreudvikling og eksplicitering af autonomibegrebet (Bothfeld & Betzelt:2013, Bothfeld & Betzelt:2011, Ben-Ishai:2012, Ben-Ishai:2006).



Selve autonomibegrebet har længe været centralt i den feministiske litteratur, hvor det feministiske mål om at fjerne undertrykkelse og forskelsbehandling på baggrund af køn er stærkt knyttet sammen med forestilling om at sikre individets autonomi, og i særdeleshed den indskrænkning af individuel autonomi som kønsbaseret forskelsbehandling og undertrykkelse af kvinder af og ”feminine” institutioner, ideer og relationer medfører (Nedelsky:1989, Anderson & Honneth:2005, Christman:2005, Ben-Ishai:2006, Lister:2007). Selvom autonomibegrebet både i den feministiske litteratur samt henholdsvis Elizabeth Ben-Ishais og i Silke Bothfeld og Sigrid Betzels videreudvikling af det sociale medborgerskab betoner individets mulighed og kapacitet til ”self-government”, er autonomibegrebet ikke et individualistisk begreb. Selvom autonomi ultimativt handler om individets frihed og egenbestemmelse, så er begrebet som det anvendes i denne afhandling et relationelt begreb. Det er således relationen mellem individ og samfund, der er central, og ikke individet i sig selv der er i fokus. Argumentet er her, at mennesker er sociale væsner og at gensidig afhængighed og gensidige relationer derfor altid vil eksisterer, hvorfor autonomi ikke kan betragtes adskilt fra den sociale kontekst det optræder i. Autonomi er således ikke et absolut begreb, og det giver i denne definition af begrebet ikke mening at tale om, at en person kan have fuldkommen autonomi (Bothfeld & Betzelt:2013). Det handler således om at navigere ” *the path between acknowledging the constitutiveness of social relations and the value of self-determination*” (Nedelsky:1989). Autonomi kan og bør derfor forstås som et ”*acquired set of capacities to lead one’s own life – that is acquired in the context of our various relations*” (Anderson & Honneth:2005). Individets evner og muligheder for at udøve autonomi over egen tilværelse er således noget der, udvikles i konteksten af de både formelle og uformelle sociale relationer vedkommende indgår i, ligesom også netop de samme relationer kan være årsagen til, at individets autonomi begrænses eller trues (Friedman:2003). Selvom økonomi og materielle ressourcer, og i særdeleshed manglen på disse, er en central og væsentlig årsag til begrænsninger eller fravær af personlig autonomi, så er det ikke den eneste faktor, som har betydning for individuel autonomi. I forhold til medborgerskabsfremmende politikker er det således ikke nok alene at fokusere på økonomisk omfordeling og på at sikre en hvis materiel levestandard. Man må også i lige så høj grad fokusere på, de øvrige sociale relationer og services, og ikke mindst

de magtstrukturer der skabes i den forbindelse. Hvis tildelingen af økonomiske ydelser er kombineret med andre sociale services, eksempelvis forskellige former for aktivering, så er det afgørende at disse ikke-økonomiske services ikke skaber en relation præget af dominans og social kontrol, men at de i stedet medvirker til at øge individets muligheder og evner til selvbestemmelse over egen tilværelse (Twine:1994, Lister:1997, Ulrich:2004, Ben-Ishai:2006, Dean:2010, Ben-Ishai:2012). Kombineres tildelingen af økonomiske ydelser med services, der på den måde reelt skaber begrænsninger i individets autonomi, eller rettes der ene og alene fokus på kun at tildele økonomiske ressourcer, så vil politikken fejle i forhold til at sikre og forbedre modtagerne af ydelsernes medborgerskab. Tab af socialt medborgerskab er derfor først og fremmest et tab af personlig autonomi, og socialt medborgerskab kan derfor ikke alene skabes ved at tildele materielle ressourcer, men derimod ved at kombinere et fokus på materielle ressourcer med et fokus på andre sociale services med henblik på at forbedre de sociale relationer individet indgår i og forbedre individets evner og muligheder for "self-government". Problemet i forhold til implementeringen af konkrete politikker er, at politikkerne selvom de er standardiserede ofte har vidt forskellige effekter på forskellige sociale grupper (mænd/ kvinder, unge / gamle, højt uddannede / lavt uddannede etc.) og på forskellige individer. Det betyder at den politik, der måske øger nogle individers autonomi, får den modsatte effekt for andre (Bothfeld & Betzelt:2013). En bestemt aktiveringsindsats kan således godt forbedre nogle individers autonomi og mulighed for at bestemme over egen tilværelse, mens selvsamme indsats for andre vil opleves som kontrol og en begrænsning af autonomi. Dette betyder også, at politikken og de konkrete tiltag aldrig er neutrale, i det de adresserer nogle specifikke og forhånd definerede behov, hvilket altid vil betyde at andre behov tilsidesættes. Nogle individer vil således opleve at de behov, de har, bliver mødt, og at de således i højere grad bliver i stand til at agere autonomt, mens andre individer vil opleve at deres behov, og dermed også deres muligheder for autonomi, tilsidesættes (Young:1990). Dette skyldes at den proces, der sikrer og øger autonomien hos den enkelte er forskellig mellem individer. Individet må altid i et eller andet omfang leve med, at det er sårbart, forstået som imperfekt og dødeligt. Men sårbarheden kommer til udtryk forskelligt hos forskellige individer, og oplevelsen af sårbarhed er således langt fra universel, men derimod forskellig på

tværs af individer og i særdeleshed på tværs af sociale grupper, eksempelvis race, køn eller social klasse (Anderson:2003). Dette betyder at individuelle behov er forskelligartede, og des mere ensartet og standardiserede behovene forhåndsdefineres i konkrete politikker, des større er risikoen for, at politikkerne vil begrænse individuel og autonomi og medborgerskab, fremfor at øge disse.

I stedet for at analysere og vurdere politikker ud fra (økonomiske) effekter, det kan være effekten af en beskæftigelsespolitik på antallet af kontanthjælpsmodtagere, foreslår Bothfeld og Betzelt at man i stedet analyserer *kvaliteten* af de implementerede politikker med udgangspunkt i autonomibegrebet: *"Favourable policies in terms of autonomy would increase the leeway for the individual, not prescribing any specific behaviour but recognising diverse needs and expectations. Consequently, autonomy fostering policies would rather loosen than strengthen the tie between labour market participation and social provision."* (Bothfeld & Betzelt: 2013)

#### **4.3.1 MEDBORGERSKAB SOM INDIVIDUEL AUTONOMI – ET TREDIMENSIONELT BEGREB**

Autonomibegrebet er i den form det er præsenteret i ovenstående afsnit et abstrakt og komplekst begreb, der kræver yderligere præcisering, før det kan overføres til praksis og gøres til genstand for empiriske undersøgelser. Der er således behov for en tydeliggørelse af, ud fra hvilke parametre man vurderer graden af en persons autonomi, og hvad det konkret vil sig at være medlem eller medborger i et samfund. Denne afhandling handler om social eksklusion af kronisk syge og handicappede og i særdeleshed om, hvordan deltagelse på arbejdsmarkedet påvirker eksklusionen af kronisk syge og handicappede. Social eksklusion forstås i denne sammenhæng som manglende eller ufuldstændigt medborgerskab, hvor graden af personlig autonomi er afgørende for graden af medborgerskab. For at gøre disse begreber; medborgerskab, eksklusion og autonomi mere eksplicite og målbare anvende Bothfeld & Betzelts tredimensionelle autonomi begreb (Bothfeld & Betzelt: 2011). Dette analytiske begreb er *"based on the idea that individuals – who continuously interact with their social environment – have roles within three major dimensions [...] an individual, a social and a political dimension"* (Bothfeld & Betzelt:2011)

## **Den individuelle dimension – identitet og tilknytning**

Ser vi først på den individuelle dimension, så handler denne dimension om individets følelse af at høre til. Det er altså individets oplevelse af at være medborger i et samfund – eller af ikke at være det - og det er således individets mentale og psykologiske status i forhold til samfundet, der her er i centrum. Denne status afhænger af, i hvor høj grad individet føler sig respekteret og tryk, og som følge heraf er i stand til at udvikle selvværd og selvstændige ideer og værdier i forhold til eget livsprojekt, hvilket gør sig gældende uanset om individet i udgangspunktet er mere eller mindre sårbart end gennemsnittet eksempelvis som følge af arbejdsløshed, sygdom eller noget helt tredje (Bothfeld & Betzelt:2011). I forhold til denne individuelle dimension handler det således om individets oplevelse af relationen til samfundet. Denne tilknytning til samfundet handler i forhold til den individuelle dimension om at individet er i stand til at skabe sin egen, selvstændige identitet både som selvstændigt individ og som medborger i samfundet, og det handler om individets evner og muligheder for at opbygge selvværd og selvbevidsthed (Bothfeld & Betzelt:2011). Den individuelle dimension handler således ikke om individets handlen i forhold til at agere autonomt og udvise selvbestemmelse over eget liv, men derimod om de nødvendige individuelle forudsætninger, der skal være til stede, hvis en sådan handlen skal muliggøres.

En anden nødvendig forudsætning for at øge den individuelle autonomi og for at sikre individuelle handlemuligheder er tilstedeværelsen i de implementerede politikker af social tolerance overfor forskelligartede identiteter og livsprojekter. Hvis ikke denne tolerance er til stede også på policyniveau, vil manglen på anerkendelse og oplevelsen af ikke at være respekteret virke begrænsende på udviklingen af den enkeltes selvværd og selvbevidsthed og igen på muligheden for at udfolde den enkeltes autonomi. Manglende social tolerance på policyniveau vil også medføre, at policyen opleves som uretfærdig, fordi nogle behov og livsprojekter anderkendes mens andre tilsidesættes og underkendes.

## Den sociale dimension – samhørighed og refleksivitet

Den anden dimension, eller det andet niveau om man vil, i autonomibegrebet handler om de formelle og uformelle sociale relationer, der omkredser individet og som påvirker, hvordan individuel autonomi kan udfolde og udvikle sig. Dimensionen kredser således om relationen mellem individ og det omgivende samfund, samt om hvordan denne relation skabes, så den individuelle autonomi sikres bedst muligt. Begrebet *refleksivitet* er et begreb, der beskriver individets evne til at definere sig selv som en del af et samfund. Sagt på en anden måde beskriver det altså individets bevidsthed om egen sociale status (det kan f.eks. være førtidspensionist eller studerende) og om egne forskellige og skiftende roller, som er definerende for de sociale relationer vedkommende indgår i. Refleksivitet handler på den måde også om gensidig anerkendelse og respekt mellem individer og mellem individ og samfund og om evnen til at anerkende og acceptere forskellighed (Bothfeld & Betzelt:2013, Bothfeld & Betzelt:2011). Gensidig anerkendelse og respekt afhænger på den ene side af de enkelte individer i samfundet, men samtidig på den anden side også af, i hvor høj grad der i samfundet er skabt og institutionaliseret mønstre der henholdsvis fremmer eller hæmmer gensidig respekt og anerkendelse. Dette kan eksempelvis være institutionaliserede principper om solidaritet overfor principper om streng gensidighed. Udbredelsen og opbakningen til gensidig respekt og anerkendelse og social samhørighed, afspejles i hvilke og i hvor høj grad sociale forskelle er opfattet som legitime af samfundet generelt såvel som af det enkelte individ. Begrænsede og generelt accepterede forskelle i social status synes tydeligt at øge den sociale samhørighed og den gensidige anerkendelse og respekt (Larsen:2008), mens store forskelle i social status og forskelle der opfattes som illegitime omvendt virker hæmmende. Tildelingen af sociale ydelser er med til at forme samfundets sociale strukturer (Esping-Andersen:1990) og bliver således også bestemmende for individets muligheder og evne til at finde sin egen plads i samfundet, ligesom det kommer til at afspejle bestemte mønstre af lighed eller ulighed (Bothfeld & Betzelt:2011). Dette betyder at på policyniveau, at politikken for at fremme udviklingen af individets autonomi, skal være baseret på lige anerkendelse. Dette er ikke nødvendigvis det samme som at politikken skal skabe fuldkommen social lighed. Social ulighed til en vis en

grænse og autonomi kan godt eksistere samtidig, så længe forskellene i social status er bredt accepterede som legitime (Bothfeld & Betzelt:2013). Lige anerkendelse skal i højere grad forstås som retten til at være anderledes (Lister:2007b) og implicit herunder lige respekt og anerkendelse til forskelligartede og mangfoldige livsprojekter.

### **Den politiske dimension – Forpligtigelse, engagement og deltagelse**

Den tredje og sidste dimension, eller det tredje niveau, i autonomibegrebet handler om individets deltagelse i samfundet og om individets engagement og forpligtelse overfor samfundet. Denne dimension er således koncentreret omkring individets faktiske handlinger og ageren, hvor de to forgående dimensioner i højere grad beskriver de individuelle og sociale omstændigheder og faktorer, der danner forudsætningerne for at individet kan udfolde sin autonomi gennem faktiske handlinger og deltagelse. Dimensionen beskriver på den måde individets rolle som mere eller mindre aktiv medborger i forhold til det omgivende samfund og ”offentlige anliggender” (Bothfeld & Betzelt:2011). Denne dimension af autonomi baseres på en antagelse om, at der i relationen mellem individ og samfund altid eksisterer en form for forpligtigelse overfor fælles værdier, og at der tilsvarende hos individet eksisterer en anerkendelse af et minimum af forpligtigelser overfor samfundet. En sådan form for *conditionality* i form af en grundlæggende forståelse af, hvilke forventninger til staten, der er legitime, og hvilke forpligtigelser borgeren skylder samfundet (at respektere lovgivning, at tage ansvar for sig selv osv.) eksisterer i alle velfærdsstater (Dean:2010) og er på den måde en forudsætning for at tale om social og politisk deltagelse og forpligtigelse. En høj grad af autonomi i forhold til denne dimension vil være afspejlet i en høj grad af social og politisk deltagelse på tværs af individer og sociale grupper, og være kendetegnet ved spontan såvel som bevidst og planlagt, og aktiv såvel som passiv forpligtelse overfor fælles værdier og goder. Dette gælder også i tilfælde, hvor denne opbakning til det fælles sker på bekostning af umiddelbar og snæver egeninteresse. Omvendt medfører en lav grad af autonomi en lav eller svindende grad af social og politisk deltagelse, samt et generelt politisk frafald eller modstand. Målet med policy i forhold til denne dimension er således ikke blot at sikre lige formel ret til at deltage,

men i lige så høj grad at sikre at borgerne også er i stand til at, altså at sikre reel integration og ikke blot formelle rettigheder. Autonomibegrebet bliver således ikke bare et spørgsmål om livskvaliteten for den enkelte, men derimod i ligeså høj grad en politisk nødvendighed i et demokratisk system (Christman:2009, Bothfeld & Bezelt:2013).

Fig. 4.1: Det tredelte autonomibegreb – en model over individets position og offentlige politikkers rolle

	Den individuelle dimension	Den sociale dimension	Den politiske dimension
<b>Individets position</b>	<b>Identitet og tilknytning,</b>  <b>Følelse af at høre til</b>	<b>Samhørighed og refleksivitet,</b> <b>gensidig</b> <b>anderkendelse og respekt</b>	<b>Forpligtigelse, engagement og deltagelse</b>
<b>Mål med offentlig intervention</b>	<b>Beskyttelse mod nedgørelse, undertrykkelse og fattigdom</b>  <i>Retfærdighed</i>	<b>Beskyttelse imod dis respekt, uretfærdig behandling og forskelsbehandling</b>  <i>Lighed</i>	<b>Beskyttelse mod social eksklusion og marginalisering</b>  <i>Integration</i>

Kilde: Bothfeld & Betzelt:2011

Figuren herover, fig. 4.1 illustrerer de tre dimensioner i autonomibegrebet og hvordan disse dimensioner kommer til udtryk i forhold til individets position i samfundet, samt til det overordnede mål med offentlige, medborgerskabsfremmende interventioner ud fra de tre dimensioner af autonomi. Teoretisk kan man diskutere, om de tre dimensioner skal betragtes som selvstændige dimension eller som tre niveauer af eksklusion, der påvirker hinanden. Denne afhandling lægger sig teoretisk op ad den tolkning af teorien, som betragter dimensionerne som et udtryk for tre niveauer, der indbyrdes påvirker hinanden. Teoretisk forstås den første dimension således som en central forudsætning for de to næste dimensioner, ligesom den anden dimension er en forudsætning for den tredje dimension.



Det tredelte autonomibegrebs konkrete anvendelse i projektet vil blive diskuteret afsnit 2.5 sammen med anvendelsen af afhandlingens andet teoretiske perspektiv, samt i afhandlingens metode kapitel, kapitel 3.

#### **4.4 KAPABILITETSTILGANGEN**

Afhandlingens omdrejningspunkt og fokus er individet og arbejdsmarkedseksklusionens påvirkning af sammenhængen mellem det at have en kronisk sygdom eller handicap og individets oplevelse af social eksklusion. Eksklusion, hvad end det er fra arbejdsmarkedet eller generelt i samfundet, er kun meningsfyldt at analysere, hvis individerne der påvirkes af eksklusionen er omdrejningspunkt for analyserne. Dette betyder omvendt ikke, at kun individ og individ relaterede data har relevans. Selvom udgangspunktet for afhandlingen er, at eksklusion og andre sociale fænomener kun er relevante meningsfyldte at analysere fordi de i sidste ende har betydning for individet, er afhandlingen metodisk ikke ensidigt individorienteret. Eksklusion, hvad end det er fra arbejdsmarkedet eller generelt fra samfundet, betragtes ikke udelukkende som et individ problem, men i højere grad som et samfundsproblem, der både påvirkes og bestemmes af individuelle forhold såvel som strukturelle og samfundsmæssige faktorer. Argumentet for at undersøge problemstillingen er således først og fremmest en interesse og bekymring for, hvordan en eksklusion fra arbejdsmarkedet påvirker de berørte individer, og herunder også en bekymring for, at indsatsen overfor udsatte borgere bliver forfejlet, hvis den baseres på antagelser om sammenhænge mellem arbejdsmarkedseksklusion og social eksklusion, som ikke holder empirisk. Undersøgelsens metodiske udgangspunkt tilskriver at andet end blot individet alene er relevant at undersøge for at kunne belyse problemstillingen. Således er afhandlingens metodiske udgangspunkt ikke en metodisk individualisme, grundlæggende forstået som at alle sociale fænomener kun kan forklares og måles ud fra individet alene er udgangspunktet samtidig at andet end blot det enkelte individs handlinger og måder at håndtere hændelser og rammebetingelser på, har betydning.

En teoretisk tilgang der på mange måder rummer denne forståelse af, at eksklusion som begreb på den ene side først og fremmest er interessant på grund af den påvirkning, det har på de berørte individer, mens det på den anden side er nødvendigt at måle og undersøge i en bredere samfundsmæssig kontekst, er kapabilitetstilgangen. Kapabilitetstilgangen er en bred, normativ og interdisciplinær teoretisk ramme for måden at undersøge og vurdere individuel velfærd, trivsel, udformning af policies og forslag til samfundsmæssig og social forandring på. Tilgangen er udviklet til bl.a. at kunne anvendes til empiriske analyser af individer eller grupper af individers velfærd og trivsel eksempelvis i forbindelse med analyser af ulighed eller fattigdom (Robeyns:2006). Den konkrete anvendelse af perspektivet er imidlertid meget bred. I det der er tale om en teoretisk og metodisk ramme eller optik mere end en egentlig teori, kan perspektivet fungere både *"as an alternative to mainstream cost-benefit analysis, or as a framework to develop and evaluate policies, ranging from welfare state design in affluent societies, to development policies by government and non-government organisations in developing countries. It can also be used as a normative basis for social and political criticism."* (Robeyns:2006:352) Perspektivet er således ikke en konkret teori, der kan forklare fx fattigdom, ulighed eller velfærd og trivsel, det er derimod et begrebsapparat og en forståelsesramme, der kan anvendes når sådanne fænomener undersøges og analyseres.

Derudover repræsenterer tilgangen, særligt i Martha C. Nussbaums arbejde, et forsøg på at udvikle en generel "theory of justice". I denne afhandling vil det dog i særlig grad være Amartya Sens udgave af kapabilitetstilgangen, der fokuseres på. Selvom der overordnet set er mange ligheder, mellem disse to grene af kapabilitetstilgangen, er der centrale forskelle. Disse består først og fremmest i sigtet med tilgangen. Hvor Nussbaums arbejder sigter mod udvikling af en universel teori om retfærdighed, udgøres Sens arbejde først og fremmest af en rammeforståelse, der suppleret med anden mere specifik teori kan anvendes i mange forskellige kontekster og til mange forskellige typer af analyser. Ligeledes bunder Sens arbejde oprindeligt i social choice teorien, mens Nussbaums er filosofisk funderet (Robeyns:2003).

Selvom der er tale om en bred teoretisk ramme, er det udgangspunktet for forståelsen af sociale fænomener alligevel klart defineret. Tilgangen er baseret på, hvad man kan betegne en etisk individualisme, forstået således at det i sidste instans udelukkende er individet eller mennesket, der er genstand for ”moral concern”. Sociale og samfundsmæssige problemstillinger er, taget ud i yderste led, kun relevante fordi de påvirker og har betydning for samfundets individer (Bhargava:1992).

Kapabilitetstilgangens ontologiske og etiske udgangspunkt kan således opsummeres i følgende citat:

*”The [capability] approach used in this study is much concerned with the opportunities that people have to improve the quality of their lives. It is essentially a “people-centered” approach, which puts human agency (rather than organizations such as markets or government) at the centre of the stage. The crucial role of social opportunities is to expand the realm of the human agency and freedom, both as an end in itself and as means of further expansion of freedom. The word “social” in the expression “social opportunity”(…) is a useful reminder not to view individuals and their opportunities in isolated terms. The options that a person has depend greatly on the relations with others and on what the state and other institutions do. We shall be particularly concerned with those opportunities that are strongly influenced by social circumstances and public policy...” (Drèze and Zen:2006:6)*

#### **4.4.1 KAPABILITETER OG FUNCTIONINGS**

Som det fremgår af ovenstående citat, centrerer kapabilitetstilgangen sig i høj grad omkring begreberne menneskelig ”frihed” og ”handlen”. De to begreber er stærkt knyttet sammen og begge også relateret til kapabiliteter, der på mange måder kan sidestilles med det at have (reel) mulighed eller frihed til at handle og agere (Lister:2004). Tilgangens overordnede fokus ligger således på at forbedre eller

udvikle individets kapabiliteter, forstået som dets reelle frihed til at vælge "*a life course they have reason to value.*"(Sen:1992) Begrebet kapabiliteter står således ikke overraskende som et nøglebegreb indenfor kapabilitetstilgangen. Kapabiliteter beskriver således, hvad en person kan eller har reel mulighed for at gøre eller være. Samtidig opereres der med begrebet funktioner (functionings), der omvendt dækker over en persons faktiske handlinger, altså hvad den pågældende konkret gør. Disse to begreber må ikke blandes sammen. Det første beskriver graden af reel frihed, mens det andet beskriver hvordan der under de givne omstændigheder handles.

*"A functioning is an achievement, whereas a capability is the ability to achieve. Functionings are, in a sense, more directly related to living conditions, since they are different aspects of living conditions. Capabilities, in contrast, are notions of freedom, in the positive sense: what real opportunities you have regarding the life you may lead"* (Sen 1987:36).

Udover en sondring mellem functionings og kapabiliteter, skelnes der ydermere mellem det der hos Robyens og Williams betegnes *generelle kapabiliteter* og dertilhørende *generelle funktioner* og så alle andre kapabiliteter og funktioner.(Robyens:2003, Williams:1987) Kort beskrevet er de generelle kapabiliteter, kapabiliteterne (eller mulighederne) for at undgå fattigdom, mens de generelle funktioner tilsvarende er, i hvor høj grad den enkelte i faktiske handlinger undgår fattigdom. Eksempler på generelle kapabiliteter hos Robyens er eksempelvis *"being sheltered and living in a pleasant and safe environment; health and physiological well-being; education and knowledge; social relations and interactions; emotional and psychological well-being; safety and bodily integrity."*(Robyens:2003:20)

Det er her vigtigt at pointere, at identiske handlemåder (functionings) ikke per definition dækker over identiske grader af frihed eller kapabiliteter. Et eksempel, der indenfor kapabilitetstilgangen ofte anvendes, på at to personer der handler ens, ikke nødvendigvis er udrustet med sammen set af kapabiliteter er følgende; en person der ikke spiser kan både fortolkes som sultende (som i offer for hungersnød eller mangel på mad), men vedkommende kan ligeså vel være fastende(af

medicinske årsager, pga. religion eller som en politisk manifestation). Det giver sig selv, at det første tilfælde sjældent er et resultat af valg, i det de færreste ofre for hungersnød eller mangel på fødevarer har noget alternativ til at sulte, så er det første typisk i større eller mindre grad netop resultatet af et valg. (Sen:1992, Sen:1999) Man kan selvfølgelig altid diskutere, i hvor høj grad der er tale om fuldstændig frihed til eksempelvis at fravælge faste af religiøse årsager, men der er dog ingen tvivl om, at den fastende i langt højere grad har mulighed for at vælge at spise, end den sultende har, om ikke andet så alene fordi deres adgang til fødevarer er vidt forskellig.

Overfører man dette perspektiv til offentlig politik, skal sigtet således ikke være at ændre "functionings", altså konkret ageren, men derimod at øge kapabiliteterne. Overført på arbejdsmarkedsområdet er det der bør være afgørende ud fra kapabilitetstilgangen således at sikre borgerne reel frihed til at vælge job eller aktivitet, ikke at bringe dem tilbage på eller fastholde dem på arbejdsmarkedet uanfægtet kvaliteten af jobbet eller afledte konsekvenser heraf. (Bonvin:2012)

#### **4.4.2 KAPABILITETER OG COMMODITIES**

Udover at skelne mellem kapabiliteter og functionings skelnes der indenfor kapabilitetstilgangen også mellem kapabiliteter og commodities, hvor sidstnævnte skal forstås som ressourcer. Selvom der er en vis sammenhæng mellem besiddelsen af commodities (ressourcer), vil det at øge en persons ressourcer (fx økonomiske) ikke i sig selv eller per automatik medfører en forøgelse i vedkommendes kapabiliteter. Hvis øgede ressourcer skal medføre øgede kapabiliteter, forudsætter det at den enkelte også er i stand til at udnytte ressourcerne og faktisk omsætte dem til reel frihed (Sen:1985, Lister:2004). At eje en bil giver ikke større frihed, med mindre man er i stand til at køre den og har tilladelse til at køre den, ligesom det at have mange penge kun forhindrer sult, hvis der faktisk er mad at købe eller hvis dem, der sælger fødevarer, vil handle med en. Ressourcer, eksempelvis økonomiske, får således først betydning i det øjeblik de også reelt opfylder en funktion der medfører en forøgelse i den enkeltes reelle frihed og kapabilitetssæt (Lister:2004). Forholdet mellem besiddelsen af en ressource og det at kunne omsætte ressourcen til en opnået funktion er betinget af tre faktorer (conversion factors). For det første

afhænger forholdet mellem en ressource og hvorvidt ressourcen bidrager til at opfylde en funktion af personlige karakteristika hos den enkelte (fx køn, intelligens, fysisk kondition og helbred, uddannelse, læsefærdighed osv.). En svært fysisk handicappet person vil have væsentligt sværere ved at gøre brug af en cykel i forhold til at opnå en højere mobilitet end en person med et godt fysisk helbred.

For det andet har sociale karakteristika (offentlige politikker, sociale normer, graden af diskrimination, kønsroller, magtstrukturer, sociale hierarkier osv.) også betydning for, hvor godt en ressource omsættes til en reel funktioning. Sidst men ikke mindst har også miljø-mæssige karakteristika (klima, offentlige goder og institutioner, infrastruktur osv.) betydning. Hvis ikke der er nogen veje eller hvis man befinder sig et sted hvor klimaet umuliggør cykelkørsel, eller hvis det ikke er tilladt for fx kvinder og børn at køre på cykel, så begrænser det muligheden for at udnytte cyklen til at opnå mobilitet betydeligt. (Robyens:2003)

Netop denne sondring mellem kapabiliteter og commodities har været afgørende i forhold til kapabilitetstilgangens kritik af måden man traditionelt har analyseret fattigdom og (økonomisk) ulighed på. Kritikken af disse typer af analyser er set ud fra kapabilitetstilgangens perspektiv at fattigdom eller ulighed ikke kan opgøres som en simpel funktion af indkomst. Indkomst som (uafhængig) variabel er kun interessant hvis den udgør et validt mål for en funktioning eller en kapabilitet. Hvis ikke økonomisk indkomst er et validt mål, når man ønsker at fange eller måle i hvor høj grad basale funktioner, der typisk associeres med fattigdom, opfyldes, vil en analyse af fattigdom som en funktion af økonomisk indkomst give et misvisende billede. At indkomst i sig selv ikke nødvendigvis er et validt mål for fattigdom (i hvert fald i udviklingslande) blev tydeliggjort af Caterina Ruggeri Laderchi, der i sit studie af sammenhængen mellem indkomst og en række basale variable, typisk associeret med fattigdom såsom child nutrition, helbred og uddannelse, viste at indkomst i sig selv ikke udgjorde en signifikant forklaring. Betydningen af den økonomiske indkomst var i høj grad non-lineær og var betinget af en række øvrige variable. Studiet tydeliggjorde således at fattigdom ikke kan defineres alene ud fra indkomstniveau, men at en række andre forklarende faktorer har stor betydning, når man måler og definerer fattigdom. (Laderchi:1992)

Samme overordnede konklusion når et studie af officielt fattige (under fattigdomsgrænsen) i velfærdsøkonomier frem til. Denne undersøgelse viser, at der heller ikke i velfærdsøkonomier er en entydig (linær) sammenhæng mellem økonomisk indkomst og graden af fattigdom målt i forhold til opfyldelse af basale funktioner (ernæring, health failure, uddannelse mv.). (Balestrino:1996)

#### 4.4.3 WELL-BEING OG AGENCY

Selvom kapabilitetstilgangen hidtil har været hyppigst forskningsmæssigt anvendt i forbindelse med analyser af fattigdom og økonomisk ulighed særligt i udviklingslande, er der også eksempler på at perspektivet kan anvendes i analyser af ulighed generelt og af problemstillinger der relaterer sig til velfærdsstater. Bl.a. har Ingrid Robyens systematisk anvendt perspektivet i sin forskning omkring ligestillingsproblematikker mellem kønnene. Særligt i denne type af analyser og i analyser af ulighed i velfærdsstater, bliver kapabilitetstilgangens sidste to centrale begreber; well-being og agency centrale.

*"The standard of living is "personal well-being related to one's own life." If we add the outcomes resulting from sympathies (i.e. from helping another person and thereby feeling oneself better off), we measure well-being. If well-being is supplemented with commitments (i.e. an action which is not beneficial to the agent herself), then we are focusing on overall agency" (Sen: 1987).*

Centralt i forhold til disse begreber er, at de alle kan opdeles i faktisk opnået well-being, agency eller levestandard eller i friheden til at gøre det. Når forskellige grupper eksempelvis sammenlignes på disse parametre, er det således essentielt ikke kun at sammenligne forskelle i det opnåede niveau for well-being, men i ligeså høj grad også at sammenligne forskelle i den reelle frihed til agency eller well-being. (Robyens:2003) Argumentet for denne sontring er, at hvor graden af faktiske opnåede resultater til dels er påvirket af individuelle præferencer, og det forhold at individer er forskellige, så bør friheden til at handle, såfremt man ønsker det, være ens for alle.

#### 4.4.4 KAPABILITET TIL AT ARBEJDE

Selvom kapabilitetstilgangen er et generelt perspektiv, der hyppigst har været anvendt i analyser af fattigdom og ulighed, er der også eksempler på, at perspektivet har været anvendt mere specifikt i forhold til arbejdsmarkedsanalyser. (Bonvin:2012, Bartelheimer m.fl.:2012, Lehweiss-Litzmann:2012, Schokkaert & Van Ootegem:1990) Kapabilitet til at arbejde er, kort gengivet, reel frihed for den enkelte til at vælge det arbejde, vedkommende har "reason to value", og i forlængelse heraf også reel mulighed for at fravælge arbejde, der ikke bidrager med værdi eller medfører forringelser for eksempelvis well-being eller levestandard. Det store spørgsmål i den forbindelse er naturligvis, hvordan et "værdifuldt arbejde" defineres. Elementer som lønniveau, arbejdsbetingelser (fx indhold, indflydelse på eget arbejde, mulighed for selvrealisering, helbred, sikkerhed, arbejdspress, præstationspress), arbejdstid, jobkvalitet, tilgængelighed af tilstrækkeligt mange job og balance mellem arbejde og fritid/familieliv er typisk blandt de faktorer, der medregnes, når et værdifuldt arbejde opgøres ud fra medarbejderens perspektiv. (Bonvin: 2012) Et værdifuldt arbejde er ikke et ensartet begreb, men afhænger i høj grad af individets præferencer og prioriteringer, og netop derfor bliver friheden til at kunne vælge et job, der bidrager med værdi og også friheden til at vælge job, der ikke gør fra, lige så vigtigt et evalueringsmål, som opnåede resultater i forhold til fx parametre som de førnævnte.

Kapabilitet til at arbejde kan dog ikke betragtes isoleret. Kapabilitet til at arbejde er altid en del af et samlet kapabilitetssæt, og derfor skal relationen til øvrige forhold, der forenklet kan opsummeres som "capability to life" altid tages med i betragtningen, når et værdifuldt arbejde og kapabiliteten til at arbejde analyseres. (Dean m.fl.:2005) Selv jobs, der ud fra parametre som beskrevet ovenfor, i de flestes øjne ville betragtes som et værdifuldt arbejde, kan medføre negative konsekvenser for andre dele af det samlede kapabilitetssæt, eksempelvis hvis jobbet forhindrer andre aktiviteter fx muligheden for familieliv eller medfører forringelser for den personlige well-being eksempelvis pga. stres. (Bonvin:2012)



#### 4.4.5 KRITIK AF KAPABILITETSTILGANGEN

At anvende kapabilitetstilgangen er imidlertid ikke uden problemer. Et væsentligt kritikpunkt overfor tilgangen handler netop om mulighederne for konkret anvendelse og operationalisering. Kapabilitetstilgangen er først og fremmest en overordnet forståelsesramme, der giver en række teoretiske begreber, man kan anvende som begrebsapparat i analyser af eksempelvis ulighed, fattigdom, well-being, social eksklusion mv. Dette betyder, at tilgangen på den ene side har den fordel, at den kan anvendes på en lang række af forskellige forskningsområder og i kombination med en lang række af andre teoretiske perspektiver, men samtidig betyder det også, at tilgangen ikke giver specifikke emnemæssige begreber, ligesom der heller ikke udledes konkrete antagelser om sammenhænge og kausale mekanismer, der efterfølgende kan testes eller afprøves. Det betyder, at kapabilitetstilgangen kan være svær at omsætte til en konkret operationalisering, særligt hvis den ikke anvendes sammen med anden teori. Men selv hvis man anvender kapabilitetstilgangen i samspil med andre teorier, kan den konkrete operationalisering af begreberne give store problemer, ikke mindst når begrebet kapabiliteter skal gøres målbart (Robyen:2003, Sugden:1993). Hvor det på den ene side ikke er så kompliceret at finde operationelle og metodisk acceptable mål for tilgangens "functionings" begreb, der først og fremmest er udtryk for faktiske handlinger, så har det vist sig kompliceret at finde et validt mål for kapabiliteter, der er udtryk for handlemuligheder og handlefrihed.

*"Evaluating social states typically depends on acquiring data on multiple functionings. In some cases, however, the relevant social indicators simply aren't available. Moving from functioning to capability complicates the exercise drastically as additional information is required on counterfactual choices (which cannot be observed) as well as actual choices." (Clark:2005)*

En måde dette problem metodisk har været forsøgt løst på, har været ved ikke blot at spørge respondenterne i undersøgelserne hvordan de konkret agerer, men også spørge til om de er tilfredse med deres situation. Et eksempel på dette kan eksempelvis være at spørge ikke bare om, hvor ofte respondenter har kontakt med venner og familie men også spørge til, om vedkommende er tilfreds med mængden

af kontakt. Dette løser en del af operationaliseringsproblemerne i forhold til survey og interviewbaseret forskning, men denne løsning er betinget af muligheden for at få kendskab til målgruppen for undersøgelsens subjektive oplevelser af egen situation. Ligeledes er mængden af surveyundersøgelser, der er baseret på denne operationalisering fortsat meget begrænset, hvilket giver praktiske begrænsninger i forhold til tilgangens empiriske anvendelsesmuligheder.

Et andet centralt kritikpunkt i forhold til Sens udgave af kapabilitetstilgangen handler om udvælgelsen af, hvilke kapabiliteter, der måles på og hvordan de vægtes i forhold til hinanden (Qizilbash:1998, Nussbaum:1988, Williams:1987). I modsætning til eksempelvis Nussbaum identificerer Sen ikke en række specifikke og universelt gældende kapabiliteter, men lader i høj grad udvælgelsen af kapabiliteter være afhængig af den konkrete undersøgelse og af hvilket forskningsområde og teoretisk felt, der undersøges indenfor. Dette giver på den ene side tilgangen langt bredere anvendelsesmuligheder, men gør også kapabilitetsbegrebet svært at indkredse, ligesom fraværet af universelt gældende "basis" kapabiliteter har været kritiseret fra flere sider (Qizilbash:1998, Roemer:1996, Sugden:1993, Nussbaum:1988, Williams:1987). Sens kapabilitets tilgang er imidlertid netop ikke en veldefineret teori, der kan fortælle om konkrete sammenhænge, men først og fremmest en analytisk ramme, hvorfor Sen bevidst har valgt at lade definitionen af specifikke kapabiliteter være afhængig af den kontekst, tilgangen anvendes indenfor (Sen:1993, Robyen:2003). Det er på den ene side tilgangens styrke, at den giver en analytisk optik, der kan kombineres med konkrete teoretiske antagelser, men samtidig udgør det også en af tilgangens største svagheder. Dette skyldes, at der ikke gives noget konkret svar på, hvordan relevante kapabiliteter skal udvælges og hvordan den indbyrdes vægtning mellem kapabiliteterne skal være. Tilgangen kan således anvendes til at analysere modsatrettede teoretiske antagelser og til at belyse sociale problemstillinger ud fra modstående teoretiske og metodiske perspektiver, idet den konkrete operationalisering af kapabilitet og funktionings begreberne først og fremmest afhænger af, hvilke teorier kapabilitetstilgangen anvendes sammen med (Roemer:1996, Sugden:1993).

Selvom det gør udvælgelsen af kapabiliteter mere kompleks, vurderes det alligevel, at fraværet af en universel, catch all liste over relevante kapabiliteter og functionings bidrager til en analytisk styrkelse af afhandlingen. Det giver netop ikke analytisk mening, at definere kapabiliteter, der skal være alment gældende i en hver given kontekst og i en hver analytisk sammenhæng uanset genstandsfelt og sigte. Hvor nogle typer af kapabiliteter ville være afgørende eksempelvis i en analyse af økonomisk fattigdom i udviklingslande, så ville de samme kapabiliteter ikke være meningsfyldte at lægge ned over en analyse af arbejdsmarkedseksklusion og socialt medborgerskab i en veludbygget velfærdsstat. Det ville give et misvisende billede, da mange af kapabiliteter, der er relevante at undersøge i forhold til økonomisk fattigdom, ikke ville have samme relevans at analysere og diskutere i en velfærdsstatskontekst. Man ville risikere at drage forkerte konklusioner, hvis man her analyserede socialt medborgerskab ud fra de samme mål, som man ville analysere økonomisk fattigdom på. Det, der til gengæld giver mening i begge tilfælde, er at sondre mellem kapabiliteter og functionings, og mellem faktiske handlinger og handlemuligheder og handlefriheder. Også selvom det er i vidt forskellige kontekster og med fokus på vidt forskellige problemstillinger.

#### **4.5 KAPABILITET TIL SELVBESTEMMELSE – MEDBORGERSKAB OG SOCIAL EKSKLUSION I AFHANDLINGEN**

I de foregående afsnit er der præsenteret to teoretiske perspektiver, der danner det teoretiske grundlag for afhandlingens empiriske analyser. Begge perspektiver, henholdsvis social eksklusion som tab af autonomi og medborgerskab og kapabilitetstilgangen, tager deres udgangspunkt i samme normative tilgang til forholdet mellem individ og samfund. Udgangspunktet for begge teoretiske perspektiver er således, at individet eller borgerens handlefrihed og frihed til at definere og lede eget livsprojekt altid i sidste instans må være omdrejningspunktet og målet med politiske tiltag og interventioner. Der er således en normativ forståelse af, at målet med policys og statslig intervention altid bør være at øge individets evner og muligheder for at gennemføre det livsprojekt han eller hun finder værdifuldt og således styrke og sikre individets autonomi og ret til at lede egen tilværelse. Kernen i begge perspektiver er derfor individet og individets handlemuligheder og frihed til at lede eget liv. Videnskabsteoretisk baseres begge tilgange ligeledes på en etisk, men ikke metodisk, individualisme, forstået på den måde, at udgangspunktet for undersøgelser, politik mv. altid i yderste led er individet og den betydning noget har for individets tilværelse og livsførelse. Metodisk er det på den anden side ikke kun individet, der fokuseres på. Da fokus i begge teoretiske perspektiver ligger på individets placering i samfundet og på relationen mellem individ og samfund, er det metodiske fokus ikke en individualistisk og en snæver analyse af individ data, men derimod en analyse af individet såvel som det samfund og de strukturer, der omgiver individet. De to perspektiver udspringer altså normativt og videnskabsteoretisk fra samme grundpræmis, men hvor kapabilitetstilgangen er overordnet normativ, analytisk og metodisk ramme for måden at forstå og analysere individuel velfærd, trivsel og ulighed og forskelle mellem individer på, er det autonomibaserede medborgerskabsbegreb et teoretisk begreb, der specifikt handler hvordan medborgerskab, først og fremmest i velfærdsstater, skabes, sikres og udvikles og som følge heraf også hvordan social eksklusion og marginalisering modvirkes. Det

er netop denne forskel mellem de to perspektiver, der vil blive udnyttet til at danne en metodisk og analytisk ramme for de empiriske analyser i denne afhandling.

#### **4.5.1 KAPABILITETEN TIL AUTONOMI**

I kapabilitetstilgangen sondres, som allerede beskrevet mellem functionings, dvs. faktisk handlinger, og kapabiliteter, altså friheden til at handle. Denne sondring er vigtig analytisk såvel som metodisk idet, det betyder at man ikke kun måler og undersøger individets faktiske handlinger, men også i hvor høj grad individet har mulighed for at realisere sit ønske om handling fuldt ud. Det kan eksempelvis være at man både måler og analyserer graden af social kontakt med venner og sammenholder dette med, om den pågældende har så meget social kontakt med venner, som vedkommende ønsker at have. Dette betyder, at der i afhandlingen ikke kun vil blive undersøgt og analyseret på faktiske handlinger, men at det, der i ligeså høj grad har interesse er det eventuelle skel, der måtte være mellem faktiske handlinger, functionings, og friheden til at handle, kapabiliteten.

Kapabilitetstilgangen er en bred teoretisk ramme, og anvendelsen af kapabilitetstilgangen alene kan derfor ikke i sig selv specifikt fortælle os, hvordan vi skal forstå, måle og analysere social eksklusion. Kapabilitetstilgangen sætter således en analytisk og metodisk ramme, men kræver mere specifikke teoretiske begreber, der relaterer sig mere snævert til social eksklusion, før tilgangen kan anvendes i praksis. Dette kan autonomibegrebet og forståelsen af social eksklusion som tab af autonomi og dermed også af medborgerskab, derimod bidrage til. Det autonomibaserede medborgerskabsbegreb, den konkrete teori, der definerer forståelsen af social eksklusion, og som i kapitel 5 vil blive operationaliseret metodisk i forhold til de empiriske data. Kapabilitetstilgangen sætter således den metodiske og analytiske ramme, mens det autonomibaserede medborgerskabsbegreb, er det teoretiske perspektiv, der skal hjælpe til at forklare, fortolke og forstå de empiriske resultater.

I figur 4.2 herunder, er autonomibegrebets tre dimensioner kombineret med kapabilitetstilgangens sondring mellem kapabiliteter og functionings.

Figur 4.2: Kapabilitet til autonomi – en kombineret model over kapabilitetstilgangen anvendt i samspil med det autonomibaserede medborgerskabsbegreb

	Den individuelle dimension	Den sociale dimension	Den politiske dimension
<b>Functionings</b>	<p><b>Faktisk oplevelse af tilknytning og at høre til, graden af selvstændige valg og beslutninger i forhold til egen tilværelse, faktiske økonomiske vilkår og levestandard</b></p> <p><i>Faktisk personlig well-being, identitet og commodities, oplevelse af retfærdighed</i></p>	<p><b>Faktisk, oplevet følelse af respekt og anerkendelse fra samfund og omgangskreds, egen faktiske anderkendelse og respekt af andre individer / sociale grupper, faktisk bevidsthed og egen rolle i sociale relationer</b></p> <p><i>Faktisk generel well-being, oplevelse af lighed</i></p>	<p><b>Faktisk social deltagelse, faktisk politisk deltagelse,</b></p> <p><i>Realiseret agency, faktisk grad af inklusion</i></p>
<b>Kapabiliteter</b>	<p><b>Ønsket oplevelse af tilknytning og tilhørsforhold, fuld mulighed for at træffe selvstændige valg og beslutninger i</b></p>	<p><b>Oplevelse af fuldstændig accept og anderkendelse fra samfund og omgangskreds, tydelig bevidsthed om egen rolle i</b></p>	<p><b>Ønsket social deltagelse, ønsket politisk deltagelse,</b></p>

	<b>forhold til egen tilværelse, ønskede økonomiske vilkår og levestandard</b>  <i>Personlig well-being, identitet og commodities, reel retfærdighed</i>	<b>sociale relationer, respekt og anerkendelse af andre sociale grupper / individer</b>  <i>Ønsket generel well-being, reel lighed</i>	<i>Ønsket agency og nødvendige commodities, fuld inklusion</i>
--	---	--	--

*Kilde: Egen model baseret på Sen's kapabilitetstilgang og Bothfeld & Betzelt's autonomibegreb*

Modellen i figur 4.2 viser autonomibegrebets tre dimensioner på den ene akse, samt på den anden akse de functionings og kapabiliteter, der kan knyttes til hver af de tre dimensioner. På den første dimension, den individuelle dimension, handler det således om functionings og kapabiliteter, der knytter sig individets oplevelse af retfærdighed og mulighed for at skabe en selvstændig identitet. Dette kan sidestilles med det begreb, der i kapabilitets tilgangen kaldes personlig well-being, om end begrebet i kapabilitetstilgangen er et generelt begreb, der blot beskriver den personlige trivsel, levestandard og velfærd, men som ikke er knyttet til bestemte aspekter af en persons liv eller set i forhold til bestemte problemstillinger. I modellen kombineres well-being begrebet med autonomibegrebet, og der bliver således her tale om personlig well-being i forhold til spørgsmålet om muligheden for lede egen tilværelse og i forhold til at have en levestandard, der muliggør dette.

Den anden dimension, den sociale dimension, er fokus de funktionings og kapabiliteter, der knytter sig til det at føle sig som en ligeværdig del af samfundet, dvs. følelsen af tilknytning og af at indgå i sociale relationer præget af gensidig anerkendelse og respekt. Denne dimension handler således om lighed og om det, der i kapabilitetstilgangen betegnes den generelle well-being, der udover at være en personlig, individuel trivsel og velfærd også er den trivsel eller velfærd, der kommer som følge af relationen til andre eksempelvis ved at agere empatisk eller

ved bidrage til at andre menneskers trivsel, også selvom det betyder en tilsidesættelse af egne umiddelbare behov.

Den sidste dimension, den politiske dimension, handler om de kapabiliteter og functionings, der knytter sig til faktisk handling eller agency og deltagelse i samfundet. Dette kan både være socialt og politisk, formelt og uformelt. Hvor de to forgående dimensioner handler om de individuelle og sociale forudsætninger, der skal være til stede, for at den enkelte kan opnå autonomi og medborgerskab, handler denne tredje dimension om, hvorvidt der reelt opnås reel inklusion og hvorvidt borgeren faktisk har mulighed for at udfolde sit medborgerskab gennem handling i det fulde omfang vedkommende ønsker.

Det er således denne over kapabilitet til autonomi, der vil danne den samlede analytiske ramme for afhandlingens empiriske analyser. Modellen vil i næste kapitel, kapitel 5, blive yderligere metodisk operationaliseret i forhold til afhandlingens empiriske datagrundlag og overordnede design.



# Kapitel 5 AFHANDLINGENS UNDERSØGELSESDSIGN OG METODE

## 5.1 UNDERSØGELSESDSIGN – ARBEJDE SOM Z-VARIABEL

I kapitel 1 blev de eksisterende perspektiver på sammenhængen mellem arbejdsmarkedsdeltagelse og social eksklusion gennemgået. Som det fremgår af gennemgangen, er den dominerende opfattelse såvel teoretisk som i den politiske problemforståelse, at der er en klar sammenhæng mellem arbejdsmarkedsdeltagelse og social eksklusion. Deltager man ikke på arbejdsmarkedet må det også føre til marginalisering og generel eksklusion fra samfundet. Arbejdsmarkedsdeltagelsen bliver således først og fremmest betragtet som den afgørende faktor for hvorvidt og i hvor høj grad, det enkelte individ bliver socialt ekskluderet fra samfundet. Set fra en forskningsdesignmæssig vinkel, kan man således argumentere for, at arbejdsmarkedsdeltagelse bliver betragtet som den uafhængige variabel i undersøgelserne. Altså den variabel, der betinger hvordan udfaldet i forhold til den afhængige variabel, social eksklusion, bliver. Man betragter således arbejdsmarkedsdeltagelsen som værende den faktor, der afgør graden af social eksklusion. Man kunne også have valgt at betragte social eksklusion som den uafhængige variabel, der påvirkede individets muligheder for at deltage på arbejdsmarkedet. Dette ville have betydet, at fokus teoretisk såvel som politisk i stedet ville have ligget på, hvordan man fjernede eller minimerede den sociale eksklusion, således at den enkelte ville have bedre forudsætninger for at finde og fastholde et arbejde.

Hvilken designmæssig optik der lægges på problemstillingen kan således få afgørende betydning for, hvilke resultater, man når frem til, men også i høj grad, hvordan man tolker de resultater, man får. Udgangspunktet for denne afhandling er et kritisk blik på de eksisterende teoretiske opfattelser af sammenhængen mellem

arbejdsmarkedsdeltagelse og social eksklusion. Dette betyder også, at præmissen om, at arbejdsmarkedsdeltagelse er en uafhængige variabel i forhold til, hvorfor social eksklusion opstår og hvordan inklusion opnås, ikke godtages. Udgangspunktet for afhandlingen er en antagelse om, at arbejdsmarkedseksklusion og social eksklusion er fænomener, der i et vist omfang sameksisterer, fordi de borgerer, som socialt ekskluderes også har nogle karakteristika og befinder sig i nogle livssituationer, der øger deres risiko for også at blive ekskluderet fra arbejdsmarkedet. Det betyder også, at afhandlingen i udgangspunktet stiller sig kritisk overfor argumentet om, at arbejdsmarkedseksklusion er årsagen til social eksklusion, ligesom afhandlingen også stiller sig kritisk overfor forestillingen om, at arbejdsmarkedsinklusion kan fjerne eller mindske den sociale eksklusion, kronisk syge og handicappede oplever.

Arbejdsmarkedseksklusion og social eksklusion ses som to selvstændige fænomener, der dog i nogle tilfælde sameksisterer og/eller påvirker hinanden afhængig af den konkrete kontekst. Dette betyder også, at afhandlingen heller ikke baserer sig på en forståelse af social eksklusion, som værende den afhængige variabel i forhold til arbejdsmarkedsdeltagelsen. Dette skyldes først og fremmest, at social eksklusion er et komplekst og multidimensionalt fænomen, der alt andet lige må være opstået som følge af noget andet.

### **5.1.1 AFHANDLINGENS UAFHÆNGIGE VARIABEL**

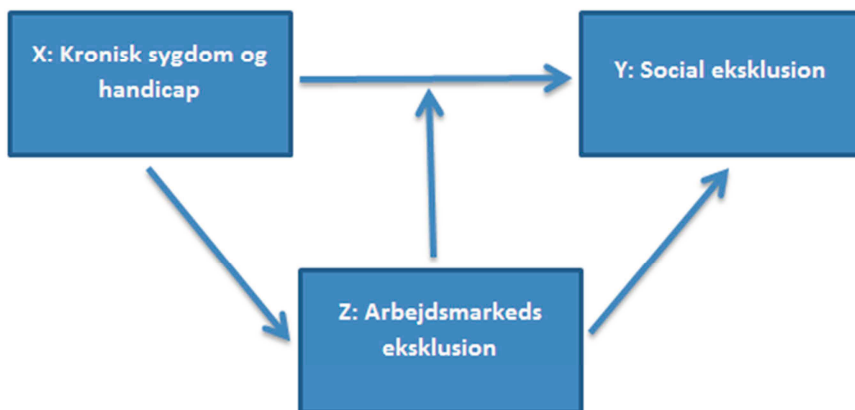
Fokus i denne afhandling ligger på personer med kroniske sygdomme eller handicaps. Netop kroniske sygdomme og handicaps er en af de faktorer, der empirisk er påvist at have stor betydning, for i hvor høj grad, den enkelte oplever social eksklusion eller ej (Kjeldsen m.fl.:2013, Umb-Carlsson & Sonnander:2005, Umb-Carlsson & Sonnander:2006, Gustavsson, Blekesaune & Øverbye:2000, Blekesaune:2005, Molden m.fl., 2009, Damgaard m.fl.:2013, Michelsen m.fl.:2005, Karlsson:2007, Karlsson:2012, Goodley & Cole:2011, Isaksson, Lindqvist & Bergström:2009, Wendelborg:2010, Løvgren:2009, Kollstad:2008). Personer med kroniske lidelser og handicaps har generelt en højere risiko for at opleve social eksklusion end personer, der ikke fejler noget. Antagelsen i denne afhandling baseres på er således at der er en sammenhæng mellem kronisk sygdom og handicap

og social eksklusion, forstået på den måde at kroniske sygdomme eller handicaps øger risikoen for eksklusion. Målet med afhandlingen er dog ikke blot at teste om denne antagelse holder, men i lige så høj grad at undersøge om arbejdsmarkedsdeltagelse indvirker på denne sammenhæng.

Rent designmæssigt betyder dette, at designet for undersøgelsen er opstillet således, at kronisk sygdom og handicap er undersøgelsens uafhængige variabel mens social eksklusion er afhandlingens afhængige variabel. Arbejdsmarkedsdeltagelse placeres i designet som en Z variabel, interfererer på sammenhængen mellem kronisk sygdom og handicap på den ene side og social eksklusion på den anden side. Og det er i særlig grad betydningen af denne Z variabel for sammenhængen, der er i fokus igennem afhandlingen.

Undersøgelsesdesignet kan, noget forsimplet, illustreres i nedenstående figur:

*Figur 5.1: Afhandlingens overordnede design*



Dette design baseres på en grundantagelse om, at personer med kroniske sygdomme eller handicaps i et vist omfang oplever at blive socialt ekskluderet som følge af sygdommen. Sigtet med undersøgelsen er således ikke alene at vise, at denne eksklusion finder sted, men derimod også at undersøge, i hvilken grad deltagelse på arbejdsmarkedet påvirker sammenhængen mellem kronisk sygdom / handicap og

social eksklusion. Der lægges således op til en undersøgelse, hvor målet er at forklare den formentlig komplekse sammenhæng mellem kronisk sygdom / handicap og social eksklusion, og i særdeleshed med fokus på, hvilken rolle arbejdsmarkedstilknytningen spiller i denne relation.

Undersøgelsen er designet som en tværsnitsanalyse. Tværsnitsanalysen giver et billede af sammenhængen mellem variablene på det tidspunkt, dataene er indsamlede. Dette betyder også at en tværsnitsanalyse ikke kan måle en udvikling over tid. I forhold til afhandlingens problemstilling betyder det, at undersøgelsen ikke kan belyse den proces, der fører til social eksklusion eller arbejdsmarkedseksklusion. Dette er imidlertid heller ikke afhandlingens sigte. Målet er derimod at måle hvilken sammenhæng der er, kronisk sygdom og handicap på den ene side og social eksklusion på den anden side, og i særdeleshed hvordan arbejdsmarkedseksklusion påvirker denne sammenhæng. Og til dette formål er en tværsnitsanalyse velegnet.

Metodisk er afhandlingens udgangspunkt deduktivt, forstået således at afhandlingens operationaliseringer og de statistiske modeller i afhandlingen er baseret på teoretiske definitioner og antagelser om sammenhænge. Der er således ikke tale om en eksplorativ fremgangsmåde, men derimod om en fremgangsmåde der er funderet i eksisterende teori og hvor det empiriske arbejde allerede fra de første operationaliseringer tager udgangspunkt i teorien.

Undersøgelsen vil blive foretaget i dansk kontekst.

## **5.2 METODE**

Undersøgelsen er primært baseret på kvantitative data og statistiske analyser heraf. Empirisk baseres undersøgelsen på dataene fra Sundhedsprofilen2010 i Region Nordjylland, der er kobles sammen med en række registre og DREAM databasen.

Datasættet fra Sundhedsprofilen2010 er et surveybaseret datasæt, der har til formål at måle helbredsbedinget livskvalitet, og er indsamlet af de fem regioner. Dette betyder, at der eksisterer en samlet landsdækkende undersøgelse, hvor resultaterne

opgøres nationalt, men også fem separate undersøgelser for hver enkelt region, hvor der har været plads til et særligt regionalt fokus. Datasættet for Region Nordjylland indeholder udover de fastlagte nationale variable omhandlende helbred, livsstil, trivsel, livskvalitet og baggrundsvariable også en række detaljerede oplysninger om social deltagelse og netværk. Det man således indenfor sundhedssystemet betegner helbredsbetings livskvalitet i høj grad måles på og defineres ud fra mange af de samme faktorer og variable, som man indenfor samfundsvidenskaben måler og definerer social eksklusion ud fra. Det betyder altså, at selvom datasættet i sin oprindelse er lavet til brug for sundhedssystemet og til at måle den helbredsbetings livskvalitet, så er datasættet i høj grad også anvendeligt til at måle social eksklusion i en samfundsvidenskabelig kontekst. Ligeledes er en del af spørgsmålene i datasættet formuleret således, at de er velegnede som en gyldig operationalisering af afhandlingens teoretiske perspektiv, kapabilitetstilgangen. En del af spørgsmålene handler nemlig ikke kun om faktiske handlinger eller status, men også spørgsmål om, hvorvidt niveauet for aktiviteter mv. er tilfredsstillende – fx spørgsmål om hvorvidt man kan eller når de aktiviteter / gøremål man gerne vil, om man oplever sig begrænset i hverdagen, om graden af socialkontakt er så høj, som man ønsker, om man får den hjælp / støtte man har behov mv.

Datasættet indeholder også oplysninger om uddannelsesniveau og arbejdsmarkedsdeltagelse, og kombineres disse oplysninger med de oplysninger om arbejdsmarkedsstatus og historik, der ligger i registrene og DREAM, opnås et ganske detaljeret billede af den samlede tilknytning til arbejdsmarkedet, ligesom en kobling af registre til datasættet muligvis også kunne bidrage med nogle yderligere supplerende variable i forhold til eksklusionsdimensionen såsom oplysninger om bopælskommune (urbaniseringsgrad – udkantskommune) eller oplysninger om andre sociale problemstillinger såsom kriminalitet.

### **5.2.1 INTRODUKTION TIL AFHANDLINGENS STATISTISKE METODE**

Afhandlingens analyser er baseret på strukturelle ligningsmodeller. Strukturelle ligningsmodeller er en avanceret statistisk metode og teknik, der gør det muligt at

bygge komplekse kausalmodeller, med mange forskellige kausale stier mellem modellernes variable. Strukturelle ligningsmodeller er en samlet betegnelse for en bred vifte af statistiske modeller, der er konstrueret til at evaluere validiteten af substantielle teorier på empiriske data (Lei & Wu:2007). Strukturelle ligningsmodeller (structural equation modeling, SEM) baserer sig overordnet set på statiske metoder fra henholdsvis generelle linære modeller (GLM), multipel regression og bekræftende faktoranalyse (confirmatory factor analysis, CFA) (Lei & Wu:2007, Kline:2011, Acock:2013). Det særlige ved SEM er, at metoden kan anvendes til at undersøge sammenhænge mellem latente konstruktioner der er målt ved hjælp af multiple indikatorer og mellem latente konstruktioner og observerede enkelt variable. I SEM benyttes en hypotesetestende<sup>1</sup> fremgangsmåde til multivariate analyser, som har til hensigt at fastslå kausale forbindelser mellem multiple variable. Teorien og antagelser om sammenhænge er derfor defineret forud for konstruktionen af modellerne. Målet med modellerne er at fastslå i hvor høj grad den eller de konstruerede modeller passer på de indsamlede empiriske data (Lei & Wu:2007, McCoach m.fl.:2007).

Hvor godt modellen eller modellerne passer på de empiriske data er evalueret på baggrund dels af en række mål for model-data fit (fit statistics), som er indikatorer for, i hvor høj grad det antagede netværk eller stisystem af sammenhænge er sandsynligt, og dels på baggrund af koefficienter der beskriver sammenhængenes styrke samt modellernes evne til at forklare variansen på de afhængige variable og i modellen i det hele taget (Lei & Wu:2007, Kline:2011). SEM kræver på grund af modellernes kompleksitet relativt store stikprøver. Som minimum kræves der et N over 200 cases til de simpleste SEM modeller, men stikprøver med  $N > 500$  er at foretrække. Jo mere komplekse modellerne er, des større stikprøver er nødvendigt

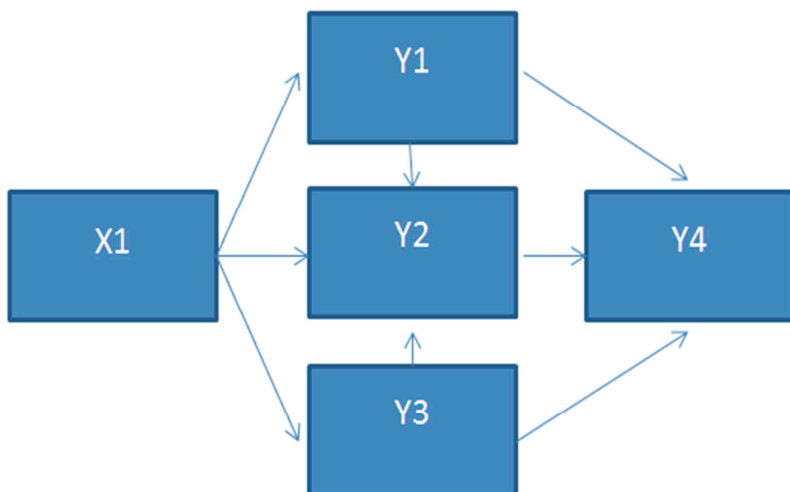
---

<sup>1</sup> Hypotese kan i SEM forstås bredt, således at der med hypotese forstås teoretisk funderede antagelser eller forventninger om sammenhænge. Begrebet hypotese forudsætter således i SEM ikke at der formuleres en egentlig  $H_0$  hypotese, sådan som det gør sig gældende hos mange andre statistiske metoder. Når begrebet hypotese fremadrettet benyttes i afhandlingen, dækker begrebet derfor over afhandlingens teoretiske antagelser og forventninger og referer ikke til en specifik  $H_0$  hypotese.

(Kline:2005, 2011). Denne afhandling baseres på et datasæt med knap 24.000 cases, hvorfor kravet til stikprøvestørrelse ikke bliver problematisk.

SEM består overordnet set af to komponenter. Den første er en strukturel komponent der bedst kan beskrives som et sæt af kausale stier eller strukturer mellem modellens afhængige, uafhængige og mellemkommende variable (Kline:2011, Acock:2013, Lei & Wu:2006). Den strukturelle komponent, som betegnes stianalyse, når den anvendes alene, er rent teknisk en udvidelse af den multiple regression. I stedet for at køre en regressions model ad gangen, køres der i stianalysen et antal af multiple regressionsmodeller samtidig. Dette giver en bedre og mere effektiv måde at måle både direkte og indirekte effekter, og muliggør en mere kompleks modelbygning, der medtager både afhængige, uafhængige og mellemkommende variable, som påvirker hinanden i et net af forskellige stier. Dette muliggør analyser af de komplekse relationer mellem et stort sæt af variable i datasættet (Lei & Wu:2006, McCoach m.fl.:2007). Et simpelt eksempel på den strukturelle del af SEM kan ses i figur 5.2 herunder. Ligesom i forbindelse med almindelig multipel regression, kan også SEM kritiseres for, at gøre analyserne så komplekse og medtage så mange faktorer at de store tendenser så at sige drukner i detaljer. For at tage højde for denne kritik, er der i afhandlingen benyttet en model build approach (se afsnit 5.4 for uddybning), hvor modellerne gradvist bygges op, og variablene tilføjes en efter en i modellerne. Det betyder at der tages stilling til hver enkel variabel både i forhold til variabelens placering i modellen, men også i forhold til hvorvidt variabelen skal bibeholdes i modellen, inden modellen videreudbygges. Dette mindsker risikoen for at, at resultaterne forsvinder i detaljer.

Figur 5.2: Simpelt eksempel på den strukturelle del af SEM



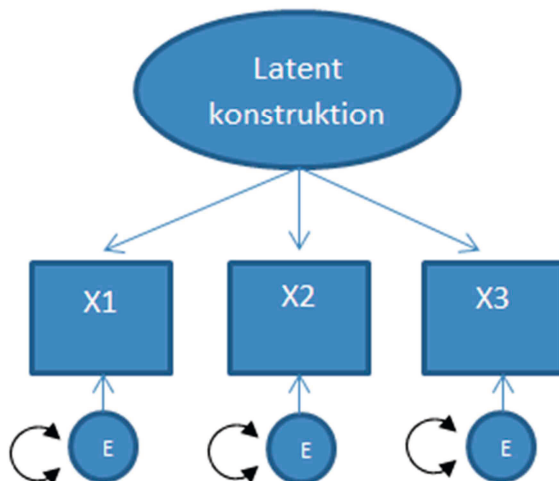
Som det ses i figur 5.2 herover, består den strukturelle komponent altså af et sæt af variable, samt af alle de direkte og indirekte kausale forbindelser imellem dem. Den simple model i figuren viser således en model med en uafhængig variabel, X1, samt fire afhængige variable Y1, Y2, Y3 og Y4, hvor Y1-3 i modellen optræder som mellemkommende variable, mens Y4 er den endelige afhængige variable. I figuren vises effekten af X1 på Y4, som gående gennem Y1, Y2 og Y3, men figuren viser også alle de direkte og indirekte effekter mellem samtlige variable i modellen.

Den anden komponent er en "measurement" komponent, der benyttes til at skabe modellens komplekse, latente variable eller konstruktion. I SEM opereres der med to typer af variable. Den ene type betegnes som observerede variable, hvilket dækker over enkeltstående variable eksempelvis et enkelt spørgsmål i spørgeskemaet, en baggrundsvariabel eller et enkelt index af variable. Det kan fx være uddannelse eller køn. Den anden type af variable er de latente variable. Latente variable eller konstruktioner er i modsætning til de observerede variable ikke direkte målbare, men dækker derimod over komplekse, bagvedliggende faktorer, som ikke kan måles fyldestgørende ved blot at bruge en enkelt variabel fra



datasættet som mål (Raykov & Marcoulides:2000, Lei & Wu:2006). I afhandlingen er det således de to begreber ”social eksklusion” og ”handicap”, som optræder som latente variable i modellerne. Tager man et begreb som social eksklusion, er det netop et kompleks og mange facetteret begreb, som dårligt lader sig operationalisere og måle blot ved brug af enkeltstående variable. Det er derimod i et bagvedliggende eller latent begreb, som kan måles på en række af observerede variable, men som også rækker udover de konkrete variable der måles på (Lei & Wu:2006, McCoach m.fl.:2007). Hvis man i sine analyser blot målte social eksklusion på enkeltstående variable såsom frekvensen af respondentens deltagelse i fritidsaktiviteter eller hyppigheden af respondentens kontakter til sit sociale netværk, ville man således få en ganske mangelfuld operationalisering af social eksklusion. Man ville kun måle en enkelt indikator på en lille del af det komplekse begreb social eksklusion. Det samme gør sig gældende for begrebet handicap, som også er et kompleks begreb, der kommer til udtryk på mange forskellige indikatorer (se yderligere diskussion heraf i afsnit 5.3.2). For at kunne operationalisere denne type af bagvedliggende faktorer eller begreber, er det således nødvendigt at konstruere en bagvedliggende variabel eller faktor, som så kan måles igennem et sæt af indikatorer. Her er det således også vigtigt at skelne tydeligt mellem den bagvedliggende faktor og de indikatorer, som måler den. Indikatorerne er her kun indikatorer på den bagvedliggende faktor, men gennem dem bliver det muligt at måle på en bagvedliggende faktor, som så vil fungere som en (latent) variabel i modellerne (Kline:2011). Den latente variabel konstrueres ved hjælp af bekræftende faktoranalyse (CFA), hvor et sæt af indikatorer (vist som de tre  $X$ 'er i figur 4.3 herunder) benyttes til at måle den bagvedliggende faktor. I CFA'en antages det at indikatorerne hver især er forårsaget af to ting; den bagvedliggende faktor samt den enkelte indikators error term, som er et samlet mål for alle andre uafhængige variable og måleforstyrrelser, som påvirker indikatoren. Error terms er i modellerne repræsenteret ved en lille cirkel med et ”E” i midten. Kigger vi på figur 5.3 herunder, så viser den således en latent variabel, som måles via et sæt af tre individuelle indikatorer,  $X_1$ ,  $X_2$  og  $X_3$ . Hver af de tre indikatorer har en individuel error term som måler alle andre forhold som, påvirker indikatoren eksempelvis andre variable eller tilfældige forstyrrelser i selve målingen af indikatoren.

Figur 5.3: Simpelt eksempel på konstruktionen af en latent variabel

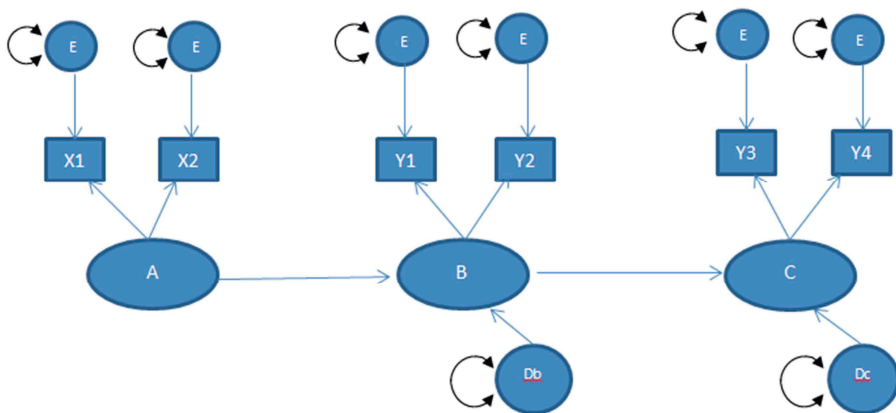


For at kunne konstruere den latente variabel, er det afgørende at de variable, der benyttes som indikatorer for den latente variabel faktisk også reelt måler en og samme bagvedliggende faktor. CFA'en tester således antagelsen om, at hver af de individuelle indikatorer er forårsaget af henholdsvis den bagvedliggende faktor og indikatorens individuelle error term (Raykov & Marcoulides:2000, Kline:2011). I hvor høj grad den enkelte indikator er forklaret af den bagvedliggende faktor udtrykkes gennem den factor loading, hver indikator får når faktoranalysen er foretaget. Factor loadings kan antage numeriske værdier fra 0 til 1. Jo større faktor loadingen er, des større andel af indikatoren er forklaret af den bagvedliggende faktor (Kline:2011). Kvadratet af den enkelte faktor loading svarer til den andel af variansen på indikatoren, som den bagvedliggende faktor forklarer. Dette betyder at en faktor loading på eksempelvis 0.80 svarer til en forklaret varians på 0.64 eller 64 %. Ideelt set skal den bagvedliggende faktor forklare minimum 50 % af variansen, hvilket svarer til en faktor loading på 0.70 (Kline:2011), men der kan være teoretiske argumenter for at bibeholde en indikator med en lavere faktor loading. Er faktor loadingen meget lav, er der ikke tale om en fælles bagvedliggende faktor og det er derfor ikke muligt at konstruere den latente variabel. Er faktor loadingen

omvendt meget høj (over 0.95) er tale om ekstrem multikollinearitet, hvilket indikerer, at der reelt ikke er tale om indikatorer på flere forskellige aspekter af den bagvedliggende faktor, men derimod om en eller flere indikatorer som reelt måler samme aspekt af faktoren. I sådanne tilfælde vil det være nødvendigt at droppe den eller de indikatorer som korrelerer for stærkt, således at der kun optræder en indikator for aspekt der måles (Kline:2011).

I den fulde strukturelle ligningsmodel kombineres den eller de latente variable, der er fremkommet ved hjælp af den bekræftende faktor analyse med det strukturelle niveau som vist i figur 5.4. Dette giver en model, hvor der forbindes kausale stier mellem de latente variable, som vist meget simpelt herunder i figur 5.4.

*Figur 5.4: En simplistisk fuld strukturel ligningsmodel med tre latente variable.*



Modellen i figuren herover viser en meget simpel udgave af en strukturel ligningsmodel. Modellen viser hvordan den latente variabel A, som er modellens uafhængige variabel, påvirker den latente, afhængige variabel C i modellen. Effekten af A på C er indirekte og går gennem den mellemkommende, latente variabel B. Modellen kunne også indeholde observerede variable. Eksempelvis

kunne man have indført variabelen "køn" som en anden uafhængig variabel, der påvirkede B og C. Ligeledes kunne modellen også have været udvidet med flere kausale stier. Man kunne eksempelvis have trukket en direkte effekt fra A til C, således at man ikke kun målte A's effekt gennem B, men også målte effekten direkte fra A til C. Strukturelle ligningsmodeller er derfor en meget fleksibel metode.

Det er muligt at bygge modeller på mange forskellige måder, og muligt at kombinere både latente og observerede variable i modellerne, så længe modellerne overholder nogle overordnede retningslinier til data og til forholdet mellem parametre, modellen skal estimere og antallet af observationer i modellen, dette er også kaldet modellens *degrees of freedom*. Observationer referer i SEM ikke til antallet af cases i stikprøven, men derimod til antallet af varianser og unikke covarianser i modellen. For at en SEM model kan fungere skal antallet af observationer fratrukket antallet af parametre modellen skal udregne som minimum være lig med nul og ideelt set større end nul. En model hvor dette tal bliver negativt, kan ikke udregnes (Kline:2011).

## **5.2.2 TEORI OG VIDENSKABSTEORI I SEM**

SEM er en deduktiv statistisk metode, forstået på den måde at modellerne i SEM altid skal være baseret på teoretiske argumenter eller argumenter hentet fra allerede eksisterende empirisk viden. Teorien får således en afgørende rolle for, hvordan modellerne kommer til at se ud, hvilke variable, der medtages, og hvordan de kausale stier imellem variablene trækkes. På samme måde er argumentet om kausale forbindelser i modellerne også stærkt knyttet sammen med den teoretiske argumentation, modellerne er baseret på. Uden en teoretisk begrundelse og argumentation for modellernes opbygning, kan man således ikke tale om kausale forbindelser i forbindelse med SEM. Dette gælder generelt i forhold til mange statistiske analyseformer, fordi det i rigtig mange situationer er umuligt alene på baggrund af de statistiske output, eksempelvis korrelationskoefficienter, at afgøre om den sammenhæng man har fundet, er en kausal sammenhæng eller blot sammenfald eller sameksistens af to fænomener. Uden et teoretisk argument for, hvorfor der skulle være en sammenhæng mellem de fænomener man måler, vil det

således ikke kunne lade sig gøre at drage konklusioner om sammenhænge, fordi man ikke ville have noget argument for at sammenhængen faktisk var kausal og ikke blot spuriøs. Dette gør sig også gældende i forhold til SEM (Kline:2011, Shah & Goldstein:2006).

I forhold til SEM, gælder der også det forhold at enhver model, vil have et antal equivalente modeller, som er modeller bestående af samme variable og samme antagelser om sammenhænge og covarianser mellem dem, men hvor retning på de kausale forbindelser og specifikationer af stierne er anderledes. Sådanne equivalente modeller vil opnå samme resultat i forhold til det, der betegnes *fit statistics*, som er en række mål for, hvor godt modellen passer på dataene (McCoach m.fl.:2007, McCallum m.fl.:1993). Dette er ikke det samme som korrelationskoefficienter mellem variablene og forklaret varians på de afhængige variable, men et selvstændigt mål for, om modellen overordnet set er god eller ej. Det betyder, at ser man på *fit statistics*, så vil de equivalente modeller være lige så gode som den model, man i udgangspunktet havde konstrueret, og man vil således ikke alene på baggrund af de statistiske mål kunne afgøre, hvilken en af modellerne, der er den mest korrekte og meningsfulde (Kline:2011, Shah & Goldstein:2006). SEM er ligesom andre statistiske metoder ikke et matematisk redskab, der kan beregne sandheden, men derimod en metode der, når den sættes ind i en meningsfuld teoretisk og empirisk kontekst, kan belyse mere komplekse antagelser om sammenhænge mellem mange forskellige variable. Resultaterne fra en SEM analyse er således kun så god, som de teoretiske antagelser, modellerne baseres på. Uanset hvor gode *fit statistics* og stærke korrelationer outputtene fra en model viser, kan det ikke opveje manglende eller svage argumenter for, hvorfor modellen er konstrueret på den måde den er (McCallum m.fl.:1993, McCoach m.fl.:2007, Kline:2011).

Ser man på den forståelse af kausalitet der ligger i SEM, så er der her tale om forståelse af kausalitet som en kompleks størrelse, der sjældent kan vises eller beskrives blot ved at analysere den simple sammenhæng mellem enkelt variable. Sagt på en anden måde er antagelsen om at A fører til B, en for forsimplet forståelse af virkeligheden, hvis ikke man også medtager de øvrige faktorer som kan påvirke

udfaldet af, dem som kan modificere effekten af A på B og muliggør forskellige kausale stier fra A til B. I modsætning til statistiske metoder, der i højere grad baserer sig på en forståelse af, at kausalitet kan påvises ved gennem statistisk kontrol at reducere forstyrrelser på den sammenhæng man undersøger, er argumentet i SEM at kausalitet er kompleks og betinget af mange forhold, hvorfor man tilstræber at give et så detaljeret billede af alle de kausale stier mellem variablene som muligt. Samtidig medtager SEM modellerne også eksplicitte mål for error terms, som udover at være statistiske mål også er bevidstheden om, at der er faktorer, udover i de i modellen inkluderede, som i varierende omfang har betydning for den sammenhæng man analyserer (Raykov & Marcoulides:2000). Databegrænsninger og begrænsningerne i forhold til hvor komplekse modeller man kan konstruere, betyder at der, ikke mindst i samfundsvidenskaben, altid vil være faktorer man er nød til at udelade af sine analyser. I SEM er der endvidere mulighed for at tillade de forskellige variables error terms korrelere, hvilket sagt på en anden måde, betyder at man i modellen tager højde for, at der kan være udeladte faktorer og forstyrrelser som har betydning for flere af modellens variable, fremfor kun for en enkelt variabel.

Denne forståelse af kausalitet og anvendelse af teori gør SEM meget anvendelig indenfor sociale og samfundsvidenskabelige analyser, hvor de fænomener der analyseres ofte er komplekse og med mange facetter. Det samme gør sig gældende for denne afhandling, hvor genstandsfeltet netop er ganske kompleks. Udgangspunktet for analyserne i afhandlingen og i de modeller, der konstrueres i den forbindelse, er således et kritisk realistisk videnskabsteoretisk perspektiv, og en forståelse af, at selvom der eksisterer kausale forbindelser, så er der begrænsninger i mulighederne for fuldt ud at erkende dem. Dette er let foreneligt med den intention, der ligger i SEM i forhold til at bygge en model, der netop tilstræber at belyse de komplekse sammenhænge, og som samtidig også medtager en tydelig bevidsthed om, at der er faktorer, som har betydning for sammenhængen men som ikke har mulighed for at medtage eller få kendskab til (Raykov & Marcoulides:2000, McCoach m.fl.:2007). Ligeledes fokuseres der i SEM på den teoretiske forklaring af sammenhænge, og ikke ensidigt på blot at påvise en stærk eller statistisk signifikant sammenhæng.

## **5.3 OPERATIONALISERING AF AFHANDLINGENS TEORETISKE BEGREBER**

Afhandlingen har tre overordnede begreber i centrum, kronisk sygdom og handicaps, social eksklusion og arbejdsmarkedseksklusion. Det sidste af disse begreber, arbejdsmarkedseksklusion, er i afhandlingen først og fremmest et empirisk begreb, der knytter sig til empirien og er ikke som sådan et teoretisk udviklet begreb.

Hvordan dette begreb konkret defineres, måles og håndteres i afhandlingen vil blive yderligere gennemgået i de næste afsnit. De sidste to af afhandlingens tre begreber, kronisk sygdom og handicap samt social eksklusion, er derimod teoretisk udviklede begreber. Social eksklusionsbegrebet er blevet udfoldet teoretisk i forrige kapitel, kapitel 2, mens de teoretiske perspektiver i forbindelse med definitionen af kronisk sygdom og handicap vil blive gennemgået senere i dette kapitel i forbindelse med den empiriske operationalisering af begrebet. Operationaliseringen af social eksklusion, som teoretisk er det mest omfattende af de tre begreber, og vil være mere kompleks og med væsentlig flere facetter, end de to øvrige centrale begreber. Operationaliseringen af social eksklusion vil blive gennemgået herunder.

### **5.3.1 Operationalisering af social eksklusion**

Afhandlingens social eksklusions begreb, der teoretisk er udfoldet og udviklet i kapitel 4, betragter social eksklusion som tab af autonomi og som følge heraf også tab af medborgerskab. Operationaliseringen af social eksklusion baseres på den teoretiske model, der er udviklet i kapitel 4.5, og hvor den tredelte autonomimodel kombineres med kapabilitetstilgangen i en ny model bestående af seks dimensioner.

Autonomibegrebet i afhandlingen består i sig selv af tre dimensioner, henholdsvis den individuelle, den sociale og den politiske dimension. Dette betyder også, at når autonomi og social eksklusion skal operationaliseres til konkrete parametre, så skal det også gøres på hver af de tre dimensioner. Der er således ikke bare et parameter, man kan bruge til at måle autonomi og social eksklusion, men derimod består operationaliseringen af tre særskilte dimensioner, hvor graden af autonomi på hver

af den måles ud fra en række forskellige parametre, som til slut kan samles til en overordnet måling af autonomi og social eksklusion.

Udover de tre dimensioner af autonomi sondres der også med udgangspunkt i kapabilitetstilgangen mellem functionings og kapabiliteter, eller mellem faktisk handling og mulighed for at handle. Det betyder, at der udover de tre dimensioner af autonomi også i hver dimension sondres mellem, om der måles faktiske realiserede handlinger eller om der måles individets mulighed for at handle. Dette giver, som det er vist i kapitel 4.5, en model med seks felter, der viser den realiserede autonomi ud fra de tre dimensioner, men samtidig også kapabiliteten til autonomi ud fra hver dimension. Denne sontring mellem kapabiliteter og functionings betyder, som gennemgået i kapitel 4, at der ikke blot måles, hvordan individet faktisk handler, men også, hvorvidt hun eller han oplever at have mulighed for at udfolde sin autonomi, uanfægtet om vedkommende faktisk også benytter sig af muligheden i forhold til det konkrete parameter, der måles på.

### **Den individuelle dimension**

Den individuelle dimension handler om individets oplevelse af tilknytning og tilhørsforhold til samfundet. Den handler også om individets oplevelse af kontrol og indflydelse over og på egen tilværelse, og om oplevelsen af at have muligheden for personlig well-being og om at have nogle grundlæggende livsvilkår, der muliggør skabelsen af en selvstændig identitet og egenbestemmelse over tilværelsen.



Figur 5.5: Den individuelle dimension

	Functionings	Kapabiliteter
Den individuelle dimension	<p><b>Faktisk oplevelse af tilknytning og at høre til, graden af selvstændige valg og beslutninger i forhold til egen tilværelse, faktiske økonomiske vilkår og levestandard</b></p> <p><i>Faktisk personlig well-being, identitet og commodities, oplevelse af retfærdighed</i></p>	<p><b>Ønsket oplevelse af tilknytning og tilhørsforhold, fuld mulighed for at træffe selvstændige valg og beslutninger i forhold til egen tilværelse, ønskede økonomiske vilkår og levestandard</b></p> <p><i>Personlig well-being, identitet og commodities, reel retfærdighed</i></p>

Den individuelle dimension måles på to typer af parametre. Det første parameter handler om oplevelsen af kontrol over egen tilværelse og mulighed for selv at styre eget liv. Til dette anvendes for det første måling af stres i dagligdagen med udgangspunkt i Cohens Percieved Stress Scale (Cohen m.fl.: 1983). Denne skala opererer netop med henholdsvis manglende kontrol, uforudsigelighed og problemer med at honorere de krav man selv og omgivelserne stiller til ens tilværelse. Denne skala er således udover at være et mål for stressniveau også et mål for, i hvor høj grad den enkelte oplever at have selvbestemmelse over egen tilværelse. Udover Cohens Percieved Stress Scale anvendes der også spørgsmål vedrørende oplevelsen af generel tilfredshed med egen tilværelse og vedrørende oplevelsen af at være belastet af en række ikke helbredsbedingede forhold, eksempelvis økonomi, sociale relationer, livssituation mv.

Den anden type af parametre omhandler den enkeltes livsstil, og ikke mindst også oplevelsen af tilfredshed med egen livsstil. Her ses der på forhold som kost, vægt, rygning og alkohol og i særlig grad også i hvor høj grad livsstilen er et udtryk for et bevidst valg eller om respondenterne gerne ville leve anderledes, hvis vedkommende havde muligheden for det.

### Den sociale dimension

Den sociale dimension handler om oplevelsen af anerkendelse og respekt både fra samfundet generelt og fra egen omgangskreds, ligesom den også handler om egen anerkendelse og respekt af andre individer og grupper. Dimensionen handler således om oplevelsen af lighed og om de sociale relationer, den enkelte indgår i.

*Figur 5.6: Den sociale dimension*

	Functionings	Kapabiliteter
Den sociale dimension	<p><b>Faktisk, oplevet følelse af respekt og anerkendelse fra samfund og omgangskreds, egen faktiske anerkendelse og respekt af andre individer / sociale grupper, faktisk bevidsthed om egen rolle i sociale relationer</b></p> <p><i>Faktisk generel well-being, oplevelse af lighed</i></p>	<p><b>Oplevelse af fuldstændig accept og anerkendelse fra samfund og omgangskreds, tydelig bevidsthed om egen rolle i sociale relationer, respekt og anerkendelse af andre sociale grupper / individer</b></p> <p><i>Ønsket generel well-being, reel lighed</i></p>

Denne dimension måles i spørgeskemaet på to parametre. Det første handler om tillid og der skelnes mellem det, at have tillid til andre mennesker og til samfundets institutioner. I forhold til andre mennesker skelnes der mellem personer man allerede har en relation til fx familie, venner og kolleger, samt fremmede fx personer man møder første gang og til andre sociale grupper fx personer med en anden nationalitet eller religion end en selv. I forhold til samfundets institutioner skelnes der mellem forskellige myndigheder fx politi, domstole og sociale myndigheder, mellem velfærdsinstitutioner fx skole og sundhedsvæsen og mellem demokratiske institutioner fx Folketinget og medierne.

Det andet parameter handler om sociale relationer, og her fokuseres der i særlig grad på, om den enkelte har nære sociale relationer. Dette måles i særlig grad på, hvorvidt man oplever at have nogen at tale med og nogen at kontakte, hvis man har brug for hjælp til at tackle følelsesmæssige og personlige problemer eller hvis man har brug for praktisk hjælp, samt på den grad og hyppighed af social kontakt og socialt samvær med andre mennesker. Igen skelnes der mellem hvorvidt respondentens situation er et udtryk for et bevidst valg, eller om respondenterne gerne ville leve anderledes, hvis vedkommende havde muligheden for det. Socialt samvær måles på omfanget af socialt samvær med andre mennesker. Her skelnes mellem familie, nære relationer (fx venner), knap så nære relationer (fx naboer), perifere relationer (fx chatforummer) og relationer med formel karakter (fx kolleger). Ligeledes sondres der også her mellem, om respondenterne har så meget social kontakt, som vedkommende ønsker, eller om respondenterne oplever at være begrænset i mulighederne for social kontakt.

### **Den politiske dimension**

Den politiske dimension handler om den sociale og politiske deltagelse. Her skelnes der ligesom i de øvrige dimensioner mellem faktisk, realiseret deltagelse (functionings) og muligheden for deltagelse (kapabiliteter).

Figur 5.7: Den politiske dimension

	Functionings	Kapabiliteter
Den politiske dimension	<b>Faktisk social deltagelse, faktisk politisk deltagelse,</b>  <i>Realiseret agency, faktisk grad af inklusion</i>	<b>Ønsket social deltagelse, ønsket politisk deltagelse,</b>  <i>Ønsket agency og nødvendige commodities, fuld inklusion</i>

Den politiske dimension måles på to overordnede parametre, henholdsvis formel deltagelse i foreningsliv samt mere uformel deltagelse i forskellige aktiviteter.

Da det ikke er muligt at knytte oplysninger om valgdeltagelse og andre direkte politiske variable sammen med registeroplysninger, er det i afhandlingen ikke muligt at undersøge politisk deltagelse i ordets snævreste forstand. Deltagelse måles derfor på en mere generel samfundsmæssig deltagelse. I forhold deltagelse skelnes der mellem tre typer af deltagelse, henholdsvis deltagelse i kultur eller natur aktiviteter, deltagelse i sociale netværk og klubber samt deltagelse i motion og idræt. Der skelnes også her mellem, om respondenter deltager i det omfang vedkommende har lyst til, eller om respondenter oplever ikke at have mulighed for at deltage så meget som ønsket.

Socialt samvær måles på omfanget af socialt samvær med andre mennesker. Her skelnes mellem familie, nære relationer (fx venner), knap så nære relationer (fx naboer), perifere relationer (fx chatforummer) og relationer med formel karakter (fx kolleger). Ligeledes sondres der også her mellem om respondenter har så meget social kontakt, som vedkommende ønsker, eller om respondenter oplever at være begrænset i mulighederne for social kontakt.

I figuren herunder, figur 5.8, ses en samlet operationalisering fordelt på specifikke variable. Variable og spørgsmålsformuleringer kan ses i appendix A. Skemaet viser hvilke variable, der benyttes til at måle hver af de seks dimensioner, der er fremkommet ved at kombinere kapabilitetstilgangen med det tredimensionelle autonomibegreb. Denne opdeling vil endvidere fungere som struktur for de efterfølgende statistiske analyser.

Figur 5.8: Kvantitativ operationalisering af social eksklusion

	Den individuelle dimension	Den sociale dimension	Den politiske dimension
<b>Functionings</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cohens percieved stress scale</li> <li>- Livstil (kost, rygning, alkohol) spm. 17, 18, 21, index over 23-28 + 30, spm. 29, index 32-38, Ny variabel over 44+45</li> <li>- Følelse af at være belastet af forskellige forhold (batteri, spm. 55)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tillid til andre mennesker (spm. 56 + 58)</li> <li>- Tillid til samfundets institutioner (spm. 57)</li> <li>- Nogen at tale med (spm.51)</li> <li>- Hjælp til praktiske ting (spm 52)</li> <li>- Hvem kontaktes ved problemer (batteri spm 53)</li> <li>- Social kontakt (batteri, spm 50)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deltagelse i foreningslivet (spm. 62)</li> <li>- Deltagelse i sociale aktiviteter (batteri af spørgsmål, spm.64)</li> </ul>
<b>Kapabiliteter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cohens percieved stress scale</li> <li>- Ønske om rygestop (spm. 19, 20)</li> <li>- Ønske om mindre alkoholforbrug (spm. 31)</li> <li>- Ønske om sundere kostvaner (spm.40)</li> <li>- Egen vurdering af vægt (spm.46)</li> <li>- Ønske om vægttab (spm.47)</li> <li>- Følelse af at være belastet af forskellige forhold (batteri, spm. 55)</li> <li>- Generel tilfredshed med tilværelsen (spm 70)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tillid til andre mennesker (spm. 56 + 58)</li> <li>- Tillid til samfundets institutioner (spm. 57)</li> <li>- Tilfredshed med grad af samvær med venner, familie mv. (Batteri, 2.del af spm. 50)</li> <li>- Ufrivilligt alene (spm.54)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tilfredshed med grad af deltagelse i foreningsliv (spm. 63)</li> <li>- Tilfredshed med deltagelse i sociale aktiviteter (batteri, 2. del af spm.64)</li> </ul>

### 5.3.2 Metodisk definition af kronisk sygdom og handicaps

Kronisk sygdom og handicap kan forstås og defineres på flere forskellige måder. Hvilke sygdomme, der medregnes og hvornår en sygdom anses som kronisk kan variere fra undersøgelse til undersøgelse, ligesom definitionen af, hvornår en begrænsning betragtes som et egentlig handicap også ofte er afhængig af den

sammenhæng det bruges i (Mitra:2006). Overordnet set defineres kronisk sygdom og handicap på tre forskellige måder.

Den medicinske model for kronisk sygdom og handicap betragter sygdom og handicap som et individorienteret problem, hvor den enkelte har en lidelse eller er i en tilstand, som placerer ham eller hende i en ufrivillig rolle som ”syg” eller ”handicappet” (Parsons:1975). En person bliver således betragtet som syg eller handicappet ud fra vedkommendes evne til at fungere lige så godt som ”normale” mennesker, hvorfor denne opfattelse af handicap er normativ. Handicap defineres således ud fra i hvor høj grad den konkrete lidelse eller tilstand begrænser funktionsevnen i forhold til en normativ standard for, hvad det normale er (Pfeiffer:2001). Den pågældende person vil således altid være handicappet som følge af lidelsen, uanfægtet i hvor høj grad lidelsen faktisk begrænser det enkelte individ; *“if a person has a permanent impairment which results in using a wheelchair to move around, that person will never get ‘well’”* (Pfeiffer:2001). Fokus i denne forståelse af handicap er således på rehabiliteringsmuligheder, som en måde at forsøge at bringe den handicappede tilbage til normal standard, og dette perspektiv genfindes politisk i forhold til (det offentlige) sundhedssystem, hvor målet er at sikre tilstedeværelse og adgang til sundhedsbehandling og rehabiliteringsmuligheder (Mitra:2006).

I modsætning til den medicinske model, står den sociale model for handicap. Denne model findes i i hvert fald ni forskellige underversioner (Pfeiffer:2001), der alle overordnet set betragter handicap som noget socialt konstrueret. Dette betyder, at handicap ikke betragtes som et problem ved individet, men derimod som noget, der er skabt af de sociale strukturer og det sociale miljø (Mitra:2006). Handicap ses således som et, typisk undertrykkende eller stigmatiserende, prædikat, samfundet sætter på personer med helbredsmæssige begrænsninger.

*“Social inequalities encountered by persons with disabilities are considered as similar to those encountered by other minorities such as “extraordinarily high rates of unemployment, poverty and welfare dependency; school segregation; inadequate housing and transportation; and exclusion from many public facilities.” (Hahn:2002)*

Denne afhandling tager udgangspunkt i Nagi's handicapmodel, der også kaldes *functional limitation paradigm* (Nagi:1965). Denne model udspringer ligesom den medicinske model fra patologien, men hvor den medicinske model betragter handicap som en persons begrænsninger i forhold til "normalen", betragtes handicap i Nagi's model som *“an inability or limitation in performing socially defined roles and tasks expected of an individual within a socio-cultural and physical environment”*(Nagi:1991). Dette betyder, at handicap betragtes som de funktionsmæssige begrænsninger en bestemt lidelse eller tilstand påfører det enkelte individ i forhold til vedkommendes egen tilværelse. Det er altså begrænsningerne i forhold til at kunne udføre de dagligdags opgaver og aktiviteter og herigennem muligheden for at udfylde de sociale roller, den enkelte forventes og ønsker at indgå i. Disse roller kan eksempelvis være familiemæssige roller (fx at tage sig af sine børn), arbejdsmæssige roller (fx at have et job), samfundsmæssige roller (fx at tage vare på sig selv) eller personlige roller (fx at deltage i fritidsaktiviteter) (Mitra:2006). Denne forståelse af handicap tager således udgangspunkt i de funktionsmæssige begrænsninger, en bestemt lidelse eller tilstand påfører den enkelte, men forståelsen af, hvornår en lidelse eller tilstand medfører begrænsninger og bliver til et handicap, bliver samtidig relativt og betinget af det konkrete individ og den kulturelle og samfundsmæssige kontekst, vedkommende befinder sig i. Handicapbegrebet tager på den måde udgangspunkt i faktiske funktionsmæssige begrænsninger, men er samtidig også konstrueret af sociale strukturer og miljøer. Dette betyder i forhold til afhandlingen, at handicap ikke alene forstås, som den faktiske lidelse eller tilstand det enkelte individ måtte have. Det forstås i lige så høj grad, som i hvor høj grad den enkelte oplever sig som handicappet og i hvor høj grad lidelsen eller tilstanden faktisk udgør en begrænsning i forhold til den enkeltes tilværelse og i forhold til de roller den enkelte er forventet og selv ønsker at udfylde. Når kronisk sygdom og handicap



måles i afhandlingen er det således kombinationen af faktiske lidelser eller tilstande og i hvor høj grad den enkelte oplever sig som begrænset af lidelsen eller tilstanden i forhold til daglige aktiviteter og gøremål.

I afhandlingens analyser operationaliseres handicap og kronisk sygdom som en latent variabel, der måles på tre indikatorer eller items. Variablen kaldes for nemhedens skyld blot "handicap", men dækker altså over både kronisk sygdom og handicap. Den latente variabel er et samlet mål for handicap og kronisk sygdom, der både medtager tilstedeværelsen af kronisk sygdom, selvoplevet sygdom og grad af begrænsning som følge af sygdom. De tre items / indikatorer som udgør målet for handicap og kronisk sygdom er følgende:

Samlet antal registrerede kroniske sygdomme: Denne variabel er en opgørelse over det totale antal kroniske sygdomme, Region Nordjylland har registreret hos den enkelte. Oplysningerne stammer fra Region Nordjyllands kroniker register, og er således ikke selvrapporterede fra respondenterne.

Selvoplevet handicap og sygdom: Denne variabel er et index over respondentens egen tilkendegivelse af at have kroniske sygdomme eller handicaps. Der måles tilstedeværelsen af kronisk sygdom/handicap og omfanget (antallet) af sygdomme/handicaps. Dette mål er medtaget fordi ikke alle handicaps eller diagnoser takserer som kroniker diagnoser i regionens register (døve er fx ikke med), ligesom der kan være personer som defacto har en kronisk sygdom / handicap men som ikke er registreret hos regionen.

Oplevet sværhedsgrad af sygdommen: Dette index måler på baggrund af en lang række spørgsmål respondentens oplevelse af at være begrænset i dagligdagen som følge af helbredet. Det fx være i forhold til at kunne klare sig selv i forhold til personlig hygiejne, bevægelighed, sædvanlige aktiviteter og tilstedeværelsen af smerter ubehag og psykisk ængstelighed og depression.

Oprindeligt var også medtaget et index over antal kontakter til sundhedsvæsenet (egen læge, akut kontakt, speciallæge, fysioterapi, kiropaktik og psykiatrien) og antal sengedage på både somatiske og psykiatriske afdelinger. Dette mål

korrelerede imidlertid for stærkt med registrerede kroniske sygdomme, hvorfor målet blev udeladt igen.

### **5.3.3 Metodisk definition af arbejdsmarkedseksklusion**

Udover social eksklusion opereres der i afhandlingen også med et mere snævert arbejdsmarkedseksklusionsbegreb. Dette begreb er først og fremmest et empirisk defineret begreb, der i afhandlingen forstås som det, at man formelt er ekskluderet fra deltagelse på arbejdsmarkedet. Definitionen omfatter således udelukkende personer i den arbejdsdygtige alder. Med en formel eksklusion fra arbejdsmarkedet forstås der i afhandlingen, at man pga. tidlig pensionering ikke længere formelt og reelt betragtes som værende en del af arbejdsstyrken, og som følge heraf heller ikke deltager på arbejdsmarkedet. Samtidig opereres der også med en forståelse af, at man kan være marginaliseret i forhold til deltagelse på arbejdsmarkedet uden formelt at være ekskluderet. Dette gør sig gældende for de personer, der står midlertidigt uden for arbejdsmarkedet som følge af arbejdsløshed eller som følge af sygdom. Disse personer har stadig en formel tilknytning til arbejdsmarkedet, men deltager ikke på det pågældende tidspunkt på arbejdsmarkedet. De befinder sig således i en marginalposition på arbejdsmarkedet og bevæger sig i større eller mindre omfang på kanten af egentlig eksklusion.

Et af problemerne ved mange eksisterende teoretiske forståelser af begrebet social eksklusion er, at det er svært at adskille arbejdsmarkedseksklusion fra social eksklusion. De fleste teoretiske definitioner af social eksklusion definerer arbejdsmarkedseksklusion, som et af mange parametre for social eksklusion (Percy-Smith:2000, Byrne:1999). Dette betyder at det teoretisk såvel som metodisk er vanskeligt at adskille social eksklusion fra arbejdsmarkedseksklusion. Dette bliver i sagens natur særligt problematisk, hvis man analyserer, hvilken betydning arbejdsmarkedseksklusion har for social eksklusion eller omvendt. I denne afhandling opereres imidlertid med et social eksklusions begreb, hvor hverken arbejde eller indkomst teoretisk eller metodisk er en del af det at være socialt ekskluderet. Social eksklusion betragtes her som tab af personlig autonomi i forhold til egen tilværelse, og den sociale eksklusion er således et begreb, der handler om

oplevelsen af egen tilværelse og de muligheder individet har for at deltage socialt. Mangel på autonomi kan være forårsaget af mange faktorer, herunder eksempelvis arbejdsmarkedseksklusion, indkomst, uddannelsesniveau, dårligt helbred og en lang række andre ting, men disse er utvetydigt årsager til eksklusion og ikke et mål for eksklusion i sig selv. Dette betyder at arbejdsmarkedseksklusion i denne afhandling er et selvstændigt begreb, der kan og skal ses uafhængigt af social eksklusions begrebet.

I afhandlingen opereres der med et en forståelse af eksklusion, hvor eksklusion er en proces, og altså noget man kan være i forskellige grader. Dette gælder for såvel arbejdsmarkedseksklusion som social eksklusion. I forhold til arbejdsmarkedseksklusion giver denne forståelse af eksklusion nogle metodiske udfordringer. For det første skal begrebet kunne måles på en måde, der giver mulighed for, at den enkelte kan være mere eller mindre ekskluderet fra arbejdsmarkedet. Det betyder, at det ikke er tilstrækkeligt blot at måle, om man deltager på arbejdsmarkedet eller ej. Der skal i stedet laves et kontinuerligt mål for eksklusion. For det andet skal der også tages højde for, at der kan være forskelle på, hvordan og hvorfor man ikke deltager på arbejdsmarkedet. Nogle er eksempelvis permanent ekskluderede, eksempelvis førtidspensionister, mens andre i hvert officielt er midlertidigt ekskluderede fra arbejdsmarkedet, eksempelvis ledige. For det tredje må der også tages højde for en tidsdimension, når man måler arbejdsmarkedseksklusion. Har man eksempelvis været udenfor arbejdsmarkedet i lang tid eller er man det kun for en kort bemærkning.

For at kunne lave et kontinuerligt mål for arbejdsmarkedseksklusion må der derfor oprettes en samlet score, der tager højde for disse forhold, og som giver mulighed for mange forskellige udfald i forhold til i hvor høj grad den enkelte er ekskluderet eller ej.

For at lave denne score så simpelt og objektiv som muligt, laves der en almindelig additiv score, hvor den enkelte kan score enten nul eller et point på hver variabel, der indgår i scoren, afhængigt af om man på den enkelte variabel er ekskluderet

eller ej i forhold til arbejdsmarkedet. Jo højere score, jo mindre ekskluderet er den enkelte.

For at tage højde for tidsdimensionen måles der et år tilbage fra tidspunktet for indsamlingen af spørgeskemaet. For hver uge den enkelte respondent har været enten i ordinær beskæftigelse eller uddannelse gives 1 point. Har man været ordinært beskæftiget eller i uddannelse hele året score man således 52 point. Samme udregning foretages igen, blot med den nuance at for hver uge i løbet af året, respondenter har været i enten ordinær beskæftigelse, fleksjob eller uddannelse gives et point. Her kan der således også maksimalt scores 52 point. Sidst laves udregningen en tredje gang således at respondenter får 1 point for hver uge, vedkommende har været enten i ordinær beskæftigelse, fleksjob, uddannelse eller på en midlertidig offentlig forsørgelse<sup>2</sup>. Dette betyder at man i scoren for en rangordning hvor ordinær beskæftigelse eller uddannelse scorer højest, støttet beskæftigelse (fleksjob) scorer næsthøjest, midlertidig eksklusion fra arbejdsmarkedet – uanset årsagen – scorer næst lavest mens permanent eksklusion fra arbejdsmarkedet scorer lavest.

Scoren kommer således til at se således ud:

- 1 point gives for hver uge arbejdsmarkedsstatus = Ordinær beskæftigelse / Uddannelse
- 1 point gives for hver uge arbejdsmarkedsstatus = Ordinær beskæftigelse / Uddannelse / fleksjob
- 1 point gives hver uge arbejdsmarkedsstatus = ordinær beskæftigelse / uddannelse / fleksjob / midlertidig offentlig ydelse

Maximalt kan der således opnås 159<sup>3</sup> point, hvilket betyder fuldstændig inkluderet på arbejdsmarkedet i undersøgelsesperioden. Ligeledes er den mindste score man

---

<sup>2</sup> Midlertidig forsørgelse dækker her over ydelser som dagpenge, sygedagpenge og kontanthjælp, og kun førtidspension er kodet som permanent offentlig forsørgelse.

<sup>3</sup> 2009 er skud år, hvorfor det samlede antal uger er 53 og ikke 52, hvorfor den maximale score bliver 159 fremfor 156.

kan opnå 0, hvilket betyder respondenten har været tilkendt førtidspension i hele perioden og dermed formelt har været ekskluderet helt fra arbejdsmarkedet. Skalaen måler således i første omgang graden af arbejdsmarkedstilknytning og ikke graden af arbejdsmarkedseksklusion. Derfor er skalaen efterfølgende vendt om, således at scoren stiger, jo mindre den enkelte har deltaget på arbejdsmarkedet eller i ordinær uddannelse i perioden.

Analyserne vil også ligeledes blive foretaget med et mål for arbejdsmarkedseksklusion, der kun tager højde for arbejdsmarkedsstatus på tidspunktet for besvarelse af spørgeskemaet.

Her ser scoren således ud:

- 1 point gives for arbejdsmarkedsstatus = Ordinær beskæftigelse / Uddannelse
- 1 point gives for arbejdsmarkedsstatus = Ordinær beskæftigelse / Uddannelse / fleksjob
- 1 point gives for arbejdsmarkedsstatus = ordinær beskæftigelse / uddannelse / fleksjob / midlertidig offentlig ydelse

Den maximale score er her 3 og er man førtidspensionist på tidspunktet for besvarelsen scorer man 0. Ligesom den anden score, er også denne score efterfølgende vendt om.

I princippet ville det være tilstrækkeligt at lave et enkelt mål for arbejdsmarkedseksklusion for at kunne foretage analyserne. Analyserne i afhandlingen er dog alligevel indledningsvis lavet i to versioner med hver af de to mål for arbejdsmarkedseksklusion. Dette gjort fordi hver af de to mål, har nogle mangler, der er væsentlige at kunne tage højde for. Det første mål for arbejdsmarkedseksklusion som måler den løbende status på arbejdsmarkedet uge for uge et år tilbage i tid. Dette mål har den fordel at det er kontinuerligt og måler arbejdsmarkedseksklusion over en længere periode. Det betyder at målet ikke er så følsomt overfor øjebliksbilleder, men giver et mere robust billede af den enkeltes arbejdsmarkedstilknytning. Omvendt betyder det også, at målet ikke tager højde

for, at den status respondenten har på arbejdsmarkedet lige når vedkommende svarer på spørgeskemaet kan have betydning, hvordan den enkelte svarer. En person der har været i beskæftigelse det meste af året, men som er blevet arbejdsløs, sygemeldt eller pensioneret umiddelbart før besvarelsen af spørgeskemaet vil score højt på indexet, og vedkommende vil opnå samme score som en person, der stod uden for arbejdsmarkedet i starten af måle perioden, men som på tidspunktet for besvarelsen havde været selvforsørgende i næsten et år. Man kan argumentere for, at netop øjeblikssituationen når spørgeskemaet besvares har betydning for måden, spørgeskemaet besvares på. For at tage højde for dette, måles arbejdsmarkedseksklusion også indledningsvis ved hjælp af det andet mål for arbejdsmarkedseksklusion, som netop kun måler status på arbejdsmarkedet på tidspunktet for besvarelsen af spørgeskemaet.

Selvom det i udgangspunktet ikke forventes at de to forskellige mål vil give markant forskellige resultater, foretages analyserne med begge mål for at sikre at resultaterne ikke blot er et resultat af måden, arbejdsmarkedseksklusion er opgjort på.<sup>4</sup>

Analyserne foretages ligeledes uden at medtage i de studerende for at sikre at sidestillingen af studerende og beskæftigede ikke ændrer resultatet.

Dataene fra DREAM er desuden kodet således at personer der har forladt arbejdsmarkedet pga. alder, dvs. pensionister og efterlønnere, ikke indgår i populationen. Dette er gjort fordi afhandlingens fokus ligger på personer i den arbejdsdygtige alder.

---

<sup>4</sup> Som det vil blive yderligere gennemgået i næste kapitel, viste der sig i praksis i ikke at være nogen væsentlig forskel på, om analyserne blev foretaget med det ene eller andet mål for arbejdsmarkedseksklusion. Derfor er resultaterne her i afhandlingen baseret på analyser, hvor det første mål, som måler arbejdsmarkedseksklusion i løbet af det forgangne år, da dette mål er vurderet som det metodisk stærkeste mål. Resultaterne af samme analyser foretaget med det andet mål for arbejdsmarkedseksklusion, som kun måler status på besvarelestidspunktet, haves og kan fremvises ved forespørgsel.

## 5.4 INTRODUKTION TIL AFHANDLINGENS STATISTISKE MODELLER

Afhandlingen er bygget op omkring et sæt af strukturelle ligningsmodeller, der har til formål at belyse, hvordan kronisk sygdom og handicap samt arbejdsmarkedseksklusion påvirker de forskellige dimensioner af social eksklusion. I modellerne er der ligeledes medtaget en række af andre faktorer, som teoretisk forventes også at have betydning for den sociale eksklusion på de forskellige dimensioner. Afhandlingens modeller er baseret på den teoretiske figur, der kombinerer Bothfeld & Betzelts tredimensionale autonomimodel og Sens kapabilitetstilgang (se kapitel 3, afsnit 3.5.1, samt afsnit 4.3.1 i dette kapitel). Figuren kombinerer autonomimodellens tre niveauer med kapabilitetstilgangens opdeling i functionings og kapabiliteter, hvilket giver i alt seks dimensioner af social eksklusionsbegrebet. Hver af disse seks dimensioner omdannes i analyserne til selvstændige analyse dele, som vil blive behandlet i selvstændige modeller.

I denne afhandling er i arbejdet med de statistiske modeller benyttet en *model build approach* til udarbejdelsen af de konkrete modeller. Dette betyder, at der indledningsvis er bygget et sæt af relativt simple modeller, hvor ikke alle teoretisk relevante variable endnu er medtaget. Disse modeller er kørt indledningsvis, og de statistiske resultater i form af fit statistics, forklaret varians og de målte effekter er evalueret. Ligeledes er STATA blevet bedt om at udregne et modification index og ligesom modellernes residualer er udregnet. På baggrund af disse informationer og med udgangspunkt i afhandlingens teoretiske argumentation er modellerne gradvist blevet udbygget. Dette har betydet, at flere teoretisk relevante variable er blevet inddraget i analyserne, ligesom yderlige kausale stier er tilføjet til modellerne i henhold til de teoretiske antagelser om sammenhænge. Denne approach er valgt, for at sikre at det hele tiden er de teoretiske argumenter, der bestemmer, hvilke variable og kausale stier, der tilføjes modellerne. Ligeledes giver denne tilgang også bedre overblik over processen og modelbygningen (Kline:2011).

Man kunne også have valgt en såkaldt *model trim approach* til arbejdet med de statistiske modeller. Denne approach indebærer modsat model build approachen, at man begynder sine analyser med den mest komplekse model, hvor alle ønskede

variable og kausale stier er indlejret i modellen. Herefter forsøger man gradvist at fjerne kausale stier og variable, for at teste hvorvidt fjernelsen af et led i modellen medfører en ændring i forhold til model fit og modellens forklaringskraft. Ligeledes vil man typisk også vælge at fjerne variable eller stier, som ikke i sig selv er statistisk signifikante. Denne approach til modellerne er imidlertid problematisk, fordi det i langt højere grad bliver de statiske eller matematiske output, der bestemmer, hvorvidt en sti eller en variabel bibeholdes i modellen, og dermed i langt mindre grad de teoretiske argumenter (Kline:2011). Dette er problematisk i forhold til udgangspunktet for arbejdet med SEM, der netop fodrer et stærkt fokus på teoretiske argumenter og en teoretisk begrundelse af modellerne. Ligeledes er det i SEM problematisk at fokusere for meget på signifikansen af enkelte variable. Signifikans test er i sig selv behæftet med en række metodiske problemer, der generelt gør dem uegnede som det eneste mål for enkelt variable eller analysers pålidelighed (se yderligere Kline:2004, 2013, Wilkinson and the Task Force on Statistical Inference: 1999, McCoach m.fl.:2007, Bollen & Long:1993) I SEM er ydermere problematisk at tillægge enkelt variables signifikans for stor værdi, fordi det dels er den samlede models signifikans som er relevant at evaluere, og dels fordi alle variable og stier i modellen indbyrdes påvirker hinanden. Fjernes en variabel eller sti alene på baggrund af en dårlig signifikansværdi, men uden et holdbart teoretisk argument, svækker man dels den teoretiske argumentation, men man risikerer også at forværre en model, der som helhed var god teoretisk såvel som i forhold til de statiske output (Kline:2004,2005,2011, 2013, Bollen & Long:1993).

Modellerne vist i dette afsnit er de modeller, som danner udgangspunktet for analyserne. Det er således ikke de endelige modeller, som bliver slutresultatet for analyserne, men derimod startpunktet for afhandlingens statistiske arbejde. De mere avancerede og udbyggede modeller vil blive gennemgået i afhandlingens analyse kapitler sammen med resultaterne for de indledende modeller, ligesom ændringerne og argumentationen herfor også vil være en del af afhandlingens analyser.

#### **5.4.1 DEN INDIVIDUELLE DIMENSION AF SOCIAL EKSKLUSION**

Den individuelle dimension af social eksklusions begrebet handler om individets oplevelse af tilknytning til samfundet og om individets oplevelse af at kunne skabe



sin egen selvstændige tilværelse og træffe selvstændige valg i eget liv. Dimensionen handler således også om at føle autonomi og kontrol over egen tilværelse. Dette gælder både i forhold til oplevelsen af selvbestemmelse og kontrol på det mere mentale eller psykologiske plan, men også om oplevelsen af at kunne have en mere konkret livsstil man selv har valgt og som bidrager til oplevelsen af autonomi og det at være en selvstændig medborger i samfundet. Man kan således tale om, at der er to aspekter af den individuelle dimension henholdsvis et mentalt og et mere fysisk aspekt. Begge aspekter er med til udgøre et samlet mål for social eksklusion på den individuelle dimension, men det må teoretisk argumenteres at der dog er tale om to sider af den individuelle sociale eksklusion. Dette betyder, at selvom de to aspekter begge er mål for den individuelle sociale relation, så er de alligevel i deres karakter og i den måde de operationaliseres i data på så forskellige, at det ikke kan forventes, at de nødvendigvis vil fungere som et enkelt samlet mål i bekræftende faktoranalyse. Det vil både teoretisk og empirisk være forventet at målene for henholdsvis de mentale aspekter og målene for de fysiske / livsstilmæssige aspekter ganske vist korrelerer, men ikke loader tilstrækkeligt stærkt sammen i faktoranalysen til at man kan konstruere én samlet latent variabel. Derfor er det valgt i forhold til den individuelle dimension indledningsvis at opsplitte den individuelle dimension i to under faktorer – en for de mentale aspekter og en for de fysiske / livsstilmæssige aspekter. Dette valg er truffet med den begrundelse, at selvom den individuelle dimension i teorien er en samlet dimension, så dækker denne dimension samtidig over så forskellige aspekter, at det teoretisk er nærliggende at tale om en opdeling i under aspekter. Dette giver også mest empirisk mening, idet det de variable, der i praksis skal anvendes til en operationalisering af dimensionen er af så forskelligartet karakter, at det vil være svært at bruge dem til et samlet mål. Den ene gruppe af variablene måler således en mental tilstand mens den anden gruppe af variablene måler en konkret adfærd. Selvom mental tilstand og adfærd forventes at korrelere, så forventes det ikke at de i praksis vil fungere sammen i en faktoranalyse.

Konkret er det to dimensioner operationaliseret som beskrevet herunder:

### **Den mentale underdimension, Individuel dimension 1**

Den mentale underdimension omhandler individets mentale tilstand. Dette dækker bl.a. over oplevelsen af individuel stress i hverdagen, herunder oplevelsen af magtesløshed, mangel på kontrol over egen tilværelse, usikkerhed i forhold til fremtiden og negativ uforudsigelighed i hverdagen mv. Til at måle dette er anvendt Cohens' Percieved Stress Scale, som er beskrevet tidligere i kapitlet. Cohens Percieved Stress Scale er i datasættet et additivt index over underspørgsmålene i Sundhedsprofilens spørgsmål 10 omregnet til en score fra 1 til 100.

Underdimensionen dækker også over oplevelsen af at være belastet generelt eksempelvis pga. økonomi, boligsituation, arbejde/arbejdsløshed og forhold til netværk (venner, familie, partner). Dette er målt ved hjælp af et additivt index over spørgsmål 55A til 55G i Sundhedsprofilen.

Den sidste del af den mentale underdimension måler oplevelsen af at være belastet specifikt at sygdom og/eller dødsfald i familien, hos partner, nære venner eller en selv. Dette er målt ved hjælp af et additivt index over spørgsmål 55H til 55K i sundhedsprofilen.

De tre index er i modellen for den første underdimension af den individuelle sociale eksklusionsdimension, som er vist i figur 5.9 herunder, benyttes som indikatorer for den latente variabel "Social Eksklusion" som er modellens afhængige variabel. Navnet "social eksklusion" er et jeg har tildelt variabelen, med udgangspunkt i de teoretiske definitioner i afhandlingen. Det er således ikke et "objektivt" navn, som fremkommer af de statistiske analyser, men et teoretisk valg, der er truffet. Det betyder at variabelen "social eksklusion" ligesom alle andre latente variable, kun reelt er gode mål, for det man definerer dem som, hvis operationaliseringen holder. Det betyder også, at man, hvis man havde betragtet problemstillingen fra en anden vinkel, ville kunne have fundet det meningsfuldt at kalde de latente variable noget helt andet.

Den afhængige variabel social eksklusion har desuden i modellen en *disturbance term*, markeret som et "D" i en lille cirkel. Dette er et samlet mål for den del af variabelen, som ikke er forklaret af de øvrige uafhængige og mellemkommende

variable i modellen. Disturbance termen udgøres således af effekten fra udeladte variable i modellen, som påvirker variablen og af den varians, som kan tilskrives måleusikkerhed, tilfældighed i besvarelsen af spørgeskemaet mv.

Hver af de tre indikatorer, der udgør den latente variabel ”Social Eksklusion”, har endvidere hver deres error term. I denne model tillades error termene at kovariere, fordi det forventes, at der vil være en kovarians mellem de forhold der påvirker error termene de tre indikatorer imellem.

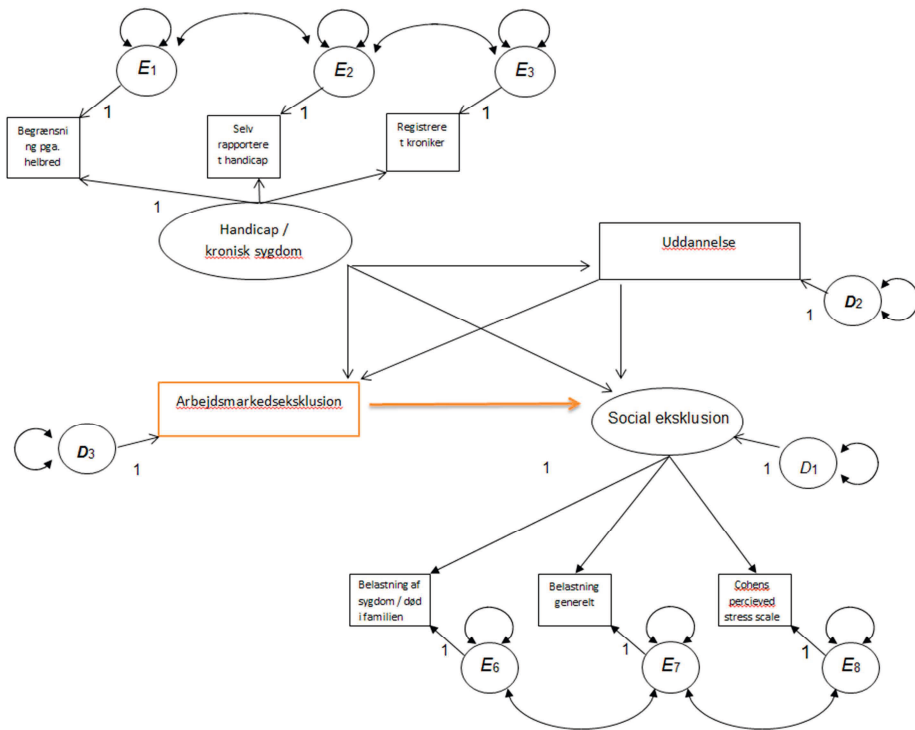
Ligesom modellens afhængige variabel er også den uafhængige variabel ”kronisk sygdom og handicap” en latent variabel. Man kunne argumentere for, at handicap og kronisk sygdom ikke burde være en latent variabel, i det dette kan måles blot ved at registrere tilstedeværelsen af en kronisk diagnose eller handicap. I denne afhandling opereres der imidlertid med en mere kompleks forståelse af handicap og kronisk sygdom. Her er handicap / kronisk sygdom ikke kun et spørgsmål om tilstedeværelsen af en registreret diagnose eller et handicap, men i ligeså høj grad også et spørgsmål om den begrænsning den enkelte oplever at handicappet eller sygdommen lægger på vedkommendes udfyldelse af sociale roller og mulighed for udførelse af dagligdagens aktiviteter. Handicap og kronisk sygdom bliver således et kompleks begreb med flere facetter, som ikke kan måles tilfredsstillende på baggrund af et enkelt mål. Derfor optræder også handicap og kronisk sygdom som en latent variabel i modellen.

Handicap og kronisk sygdom består af tre index, der er beskrevet mere detaljeret i afsnit 4.3.2. De tre index er dels et additivt index over antal og tilstedeværelse af kroniske diagnoser, et additivt index over tilstedeværelsen af selvrapporterede sygdomme og handicap og et additivt index over oplevelsen af begrænsninger socialt og praktisk som følge af sygdommen eller handicappet. Ligesom indikatorerne for den latente variabel ”Social eksklusion” har også indikatorerne for ”kronisk sygdom og handicap” error terms. Ligeledes er disse error terms forventet at kovariere, fordi det forventes at der er sammenfald mellem det, der påvirker udfaldet af error termene for de tre indikatorer.

Udover de to latente variable som udgør modellens afhængige og uafhængige variabel, indeholder modellen også to observerede variable. Den første er "Arbejdsmarkedseksklusion", som i modellen er markeret med gult for at fremhæve at det er den variabel, der i afhandlingen er teoretisk særligt fokus på at teste. Arbejdsmarkedseksklusion er i modellen placeret som en mellemkommende variabel, der er påvirket af kronisk sygdom og handicap, men også af modellens sidste observerede variabel "Uddannelse". Arbejdsmarkedseksklusion er ligeledes i modellen forventet at have en selvstændig effekt på social eksklusion, ligesom der også forventes at være en indirekte effekt af handicap og kronisk sygdom på social eksklusion igennem arbejdsmarkedseksklusion. Afhandlingens hypotese er, at der modsat argumentationen i meget eksisterende teori og i den politiske diskurs, så spiller arbejdsmarkedseksklusion ikke en afgørende rolle for social eksklusion, bl.a. fordi sammenhængen mellem arbejdsmarkedseksklusion og social eksklusion forventes at være spuriøs og i virkeligheden være et resultat af den bagvedliggende sammenhæng mellem handicap og kronisk sygdom og social eksklusion.

Den sidste observerede variabel i modellen er uddannelse, som er målt som højest gennemførte uddannelse i antal år. Denne variabel er i modellen placeret som en mellemkommende variabel mellem handicap og kronisk sygdom og social eksklusion, fordi det forventes at et højt uddannelsesniveau har en positiv effekt på social eksklusion, men at uddannelsesniveau samtidig også er påvirket af kronisk sygdom og handicap. Ligeledes forventes det at uddannelse påvirker arbejdsmarkedseksklusion positivt således at jo højere uddannelse man har des mindre risiko har man for at blive ekskluderet fra arbejdsmarkedet. Denne antagelse er baseret på den empiriske viden om uddannelse og arbejdsmarkedseksklusion. Ligesom den afhængige variabel social eksklusion har også arbejdsmarkedseksklusion og uddannelse en disturbance term, som også er tegnet ind i modellen.

Figur 5.9: Strukturel ligningsmodel over den første individuelle dimension



Som beskrevet indledningsvis er modellen i figuren herover udgangspunktsmodellen. Dette betyder at der i analyserne og arbejdet med modellen gradvist vil blive tilføjet flere variable og kausale stier til modellen. Det forventes at variablene køn, alder, civilstand, etnicitet og indkomst også vil have betydning for sammenhængen med den sociale eksklusion, hvorfor disse variable i løbet af analyserne også vil blive tilføjet modellen. Argumentationen herfor og variablenes konkrete placering i modellen vil indgå som en del af analysen.

### Kapabilitet og den individuelle dimension 1

Den første individuelle dimension adskiller sig fra de øvrige modeller, idet det ikke er muligt at lave modellen i en udgave, der måler kapabilitetsperspektivet særskilt. Dette skyldes at der ikke i Sundhedsprofilen er spurgt til, om respondenterne godt

kunne tænke sig at være mindre belastet eller stresset, hvilket ikke gør det muligt at skelne mellem functionings og kapabiliteter. Samtidig ville det næppe være meningsfuldt metodisk at spørge eksplicit til, om man gerne ville være mindre belastet og mindre stresset. Stress og belastning er i den generelle forståelse af begreber negative tilstande at være i. Alt andet lige må det således antages, at de respondenter som scorer højt på disse index ikke frivilligt befinder sig i den tilstand. Indexene bliver således både mål for den konkrete situation respondenter befinder sig i, men i lige så høj grad et mål for den modsvarende kapabilitet, altså et ønske om ikke at være stresset eller belastet. Derfor bliver der i forhold til den første dimension ikke lavet en særskilt model for kapabilitetsperspektivet, men resultaterne fra modellen vil blive diskuteret både i diskussionen af functionings og kapabiliteter.

## **Den livsstilmæssige underdimension, Individuel dimension 2**

Den livsstilmæssige underdimension måler individets livstil, hvilket dækker over respondentens alkoholforbrug, respondentens kostvaner og hvor meget respondenter ryger. Alle tre mål er samlede scores som hver er baseret på et sæt af spørgsmål. Alkoholforbrug er således et additivt index over svarene i spørgsmål 29 som måler antal genstande af henholdsvis øl, vin og spiritus respondenter drikker fordelt på uge dage over en uge.

Kostvaner er ligeledes en score lavet på baggrund af spørgsmålene 32 til 38, som måler kostvaner. Her er der i afhandlingen anvendt den score for sund kost, der er lavet i forbindelse med Danmarks Statistiks kodning af datasættet.

Rygning er ligeledes et additivt index baseret på oplysninger om rygevaner fra spørgsmål 18 A til 18 D i Sundhedsprofilen.

De tre index er i modellen for den anden underdimension af den individuelle sociale eksklusionsdimension, som er vist i figur 5.10 herunder, benyttes som indikatorer for den latente variabel "Social Eksklusion" som er modellens afhængige variabel. Ligesom i forbindelse med den første underdimension har social eksklusion også her en disturbance term, og de tre index har hver deres error term. Det forventes ligeledes ligesom i den forgående model at de tre error termer kovariere.

The diagram illustrates a structural equation model (SEM) with the following components:

- Latent Variables (Ovals):**
  - Handicap / kronisk sygdom
  - Uddannelse
  - Arbejdsmarkedseksklusion (highlighted with an orange border)
  - Social eksklusion
- Observed Variables (Rectangles):**
  - Begrænsning pga. helbred
  - Selv rapporteret handicap
  - Registreret kroniker
  - D2
  - D3
  - Alkohol forbrug
  - Rygning
  - Score for sund kost
- Error Terms (Circles with 'E' or 'D'):**
  - E1, E2, E3 (for the first three observed variables)
  - D2, D3 (for the fourth and fifth observed variables)
  - E6, E7, E8 (for the last three observed variables)
- Path Coefficients (Arrows):**
  - From Handicap / kronisk sygdom to Uddannelse, Arbejdsmarkedseksklusion, and Social eksklusion.
  - From Uddannelse to Arbejdsmarkedseksklusion and Social eksklusion.
  - From Arbejdsmarkedseksklusion to Social eksklusion (highlighted with an orange arrow).
  - From Social eksklusion to Alkohol forbrug, Rygning, and Score for sund kost.
- Standardized Path Coefficients (Numbers on Arrows):**
  - From Handicap / kronisk sygdom to Begrænsning pga. helbred: 1
  - From Handicap / kronisk sygdom to Selv rapporteret handicap: 1
  - From Handicap / kronisk sygdom to Registreret kroniker: 1
  - From Uddannelse to Arbejdsmarkedseksklusion: 1
  - From Uddannelse to Social eksklusion: 1
  - From Arbejdsmarkedseksklusion to Social eksklusion: 1
  - From Social eksklusion to Alkohol forbrug: 1
  - From Social eksklusion to Rygning: 1
  - From Social eksklusion to Score for sund kost: 1
- Measurement Model (Arrows from Latent to Observed):**
  - Handicap / kronisk sygdom to Begrænsning pga. helbred, Selv rapporteret handicap, and Registreret kroniker.
  - Uddannelse to D2.
  - Arbejdsmarkedseksklusion to D3.
  - Social eksklusion to D1.
- Residuals (Arrows from Error Terms to Observed Variables):**
  - E1 to Begrænsning pga. helbred
  - E2 to Selv rapporteret handicap
  - E3 to Registreret kroniker
  - D2 to D2
  - D3 to D3
  - E6 to Alkohol forbrug
  - E7 to Rygning
  - E8 to Score for sund kost

Ligesom det gjorde sig gældende for modellen til den første individuelle underdimension, er modellen i figuren herover en udgangspunktsmodel. Dette betyder, at der i analyserne og arbejdet med modellen gradvist vil blive tilføjet flere variable og kausale stier til modellen. Det forventes at variablene køn, alder, civilstand, etnicitet og indkomst også vil have betydning for sammenhængen med den sociale eksklusion, hvorfor disse variable i løbet af analyserne også vil blive

tilføjet modellen. Argumentationen herfor og variabelnes konkrete placering i modellen vil indgå som en del af analysen.

### **Kapabilitet og den individuelle dimension 2**

I modsætning til den første af de to individuelle underdimensioner er der i forhold til den anden individuelle underdimension data i datasættet, som muliggør at man i analyserne kan skelne mellem functionings og kapabiliteter. Ligeledes giver det også metodisk mening at skelne mellem de to niveau, i det man her måler en faktisk handling som både kan være en ageren, respondenter er fuldt ud tilfreds med såvel som det kan være noget, respondenter ønsker at ændre.

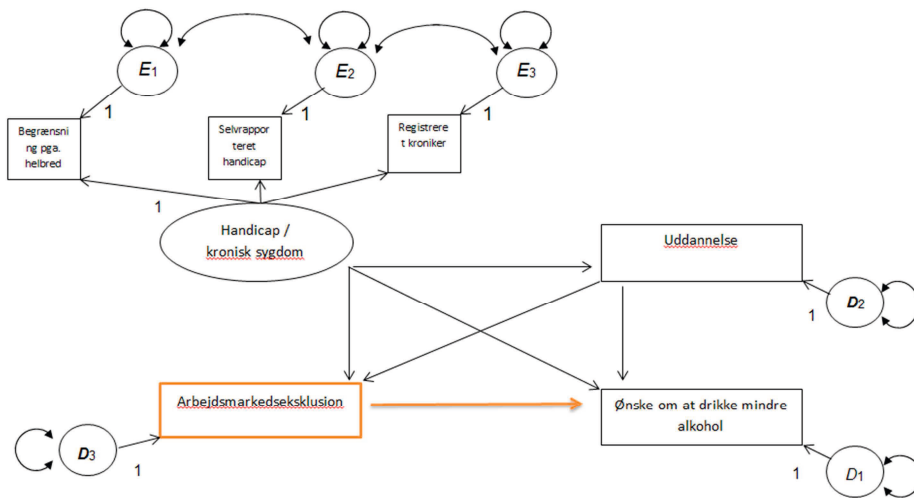
Datasættet sætter imidlertid nogle begrænsninger i forhold til fuldt ud at kunne operationalisere kapabilitetsperspektivet. Selvom der i spørgeskemaet er spurgt til respondenterens ønske om at ændre adfærd i forhold til rygning, alkoholforbrug og kost, så er der ikke tilstrækkeligt mange og tilstrækkeligt omfattende spørgsmål til, at de kan bruges til at konstruere en samlet latent variabel. For at kunne konstruere en latent variabel kræves det at alle anvendte indikatorer er, eller kan antages at være, kontinuerlige. Dette betyder at man skal bruge enten enkelt variable, der er kontinuerlige (alder og indkomst er gode eksempler på sådanne variable, hvis de ikke er inddelt i kategorier), eller man skal kunne konstruere index af et antal af variable, som således antager større værdier og kan antages at være kontinuerligt (Kline:2011). Dette kan desværre ikke lade sig gøre i forhold til kapabilitetsperspektivet, idet dataene ikke er udførlige nok. Derfor er der valgt i stedet at lave tre selvstændige modeller for hver af de tre indikatorer, rygning, alkoholforbrug og kost, hvor indikatoren i modellen optræder som en enkeltstående observeret variabel. Dette betyder, at modellen i figur 4.10 herover, kan repliceres blot med afhængige variable, der måler ønsket om ændret adfærd frem for den faktiske adfærd. Omvendt betyder det også at modellen må køres i tre udgaver, og at det sandsynligvis vil få betydning for styrken af de sammenhænge og graden af forklaringskraft i modellen, at der benyttes et enkeltstående mål, fremfor en samlet latent variabel. Sagt på en anden måde vil det derfor være forventet, at sammenhængene bliver svagere, og at modellen ikke vil forklare en nær så stor del



af variansen, simpelthen fordi modellen bliver simplere og definitionen af den afhængige variabel også bliver simplistisk.

Udover ændringen i forhold til den afhængige variabel, som bliver til tre observerede variable fremfor en latent variabel, er modellen identisk med modellen i figur 5.10. Dette er gjort dels fordi teorierne om sammenhænge ikke ændrer sig, når fokus flyttes fra faktiske functionings til kapabiliteter, og dels for at de tre kapabilitetsmodellers resultater kan sammenlignes med resultaterne fra den model som viser faktiske functionings i forhold til respondentens livsstil.

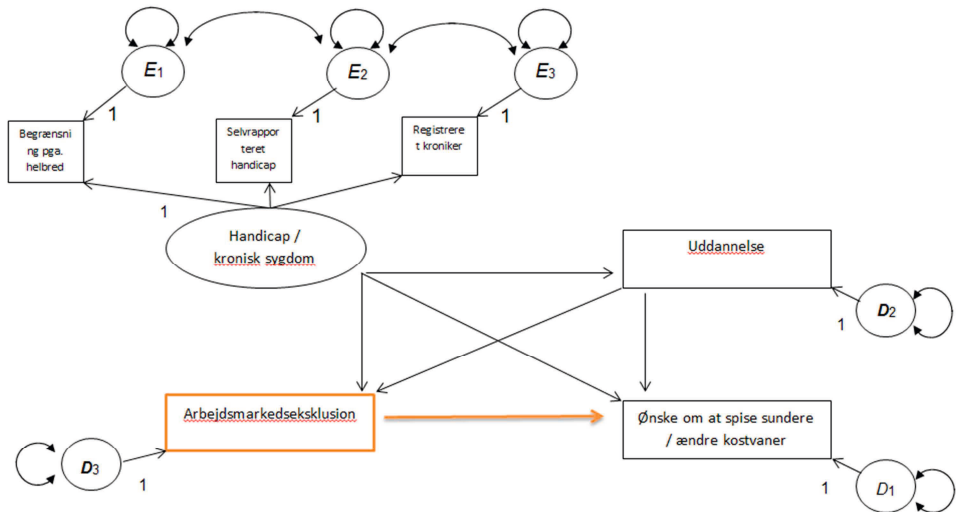
Figur 5.11: Strukturel ligningsmodel, Individuel kapabilitet 1



Figuren herover viser således sammenhængen mellem handicap og kronisk sygdom og ønsket om at ændre sin livsstil i forhold til alkoholforbruget. Ligesom for de forgående modeller er modellen en udgangspunktsmodel, som vil blive ændret gradvist i analysen.



Figur 5.13: Strukturel ligningsmodel, Individuel kapabilitet 3



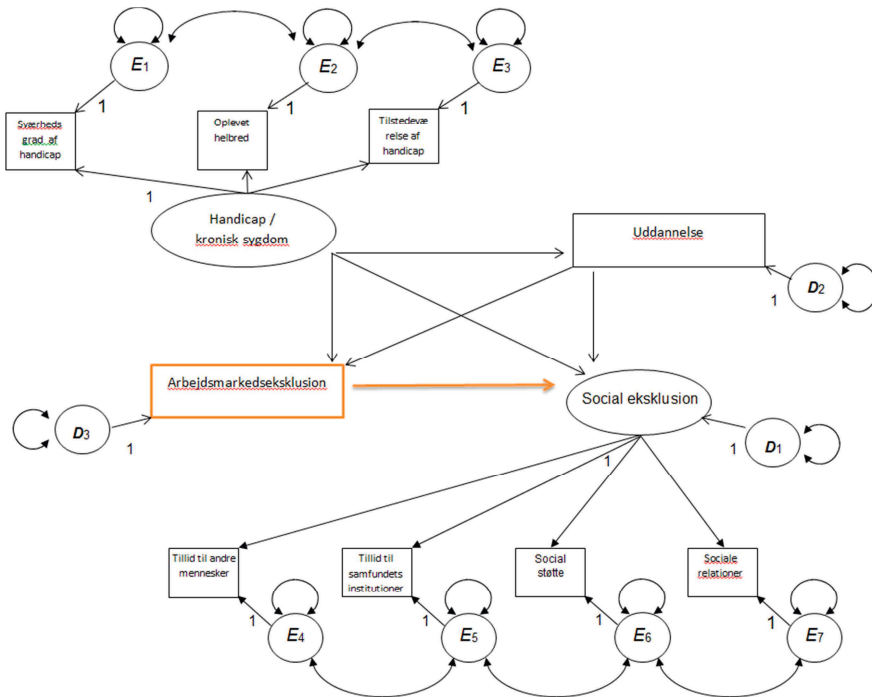
Figur 5.13 herover er identisk med de to forgående modeller, med undtagelse af den afhængige variabel, som her er skiftet ud med en indikator for ønsket om at ændre sine kostvaner henimod en sundere kost. Indikatoren består her af to variable, henholdsvis en variabel, der måler ønsket om at spise sundere og en variabel, der måler hvordan respondenter selv vurderer sine kostvaner på en skala fra meget sunde til meget usunde. Sidstnævnte variabel medtages, fordi det er vurderet, at variabelen kan betragtes som et udtryk for tilfredsheden med egne kostvaner. Dette er baseret på et argument om, at sunde kostvaner normativt hos de fleste er betragtet som en positiv beskrivelse, mens usunde kostvaner oftest normativt er betragtet som noget negativt. Der kan imidlertid være personer, som ikke tillægger spørgsmålet samme normative tolkning, og hvor en angivelse af usunde kostvaner derfor ikke på samme måde kan kædes sammen med utilfredshed med egne kostvaner. Det er dog vurderet at denne usikkerhed opvejes, af fordelene ved at inddrage variabelen i analysen, men den skal naturligvis tages med i betragtning når resultaterne for denne model tolkes.

#### 5.4.2 DEN SOCIALE DIMENSION AF SOCIAL EKSKLUSION

Den sociale dimension af social eksklusion handler om individets rolle i sociale sammenhænge og individets bevidsthed om egen rolle. Den handler ligeledes om individets evne og mulighed for at definere sig selv i forhold til samfundet både formelt og uformelt, samt gensidig anderkendelse og respekt mellem individer og mellem individ og samfund og om evnen til at anderkende og acceptere forskellighed (Bothfeld & Betzelt:2013, Bothfeld & Betzelt:2011). Dette er i analyserne operationaliseret via dels to index over tillid til henholdsvis en række af samfundets institutioner og til andre mennesker lige fra helt nære kontakter såsom familiemedlemmer til fremmede man ikke kender personligt, og dels er det operationaliseret gennem et index over hyppigheden af social kontakt samt et index over det, der er betegnet social støtte. Social kontakt er både kontakten til familiemedlemmer, respondenten ikke bor sammen med, kontakten til venner, bekendte (fx kolleger og studiekammerater), naboer og personer respondenten kender fra nettet (chatforums, mails o.lign). Social støtte er respondentens angivelse af, i hvor høj grad vedkommende har et netværk der kan hjælpe og støtte både praktisk og mentalt, i situationer hvor der er behov for det (fx ved sygdom, problemer mv.).

De fire index er i analyserne af den sociale dimension af social eksklusion anvendt som indikatorer på den bagvedliggende faktor social eksklusion. Det er således disse fire index, der i modellen udgør indikatorerne for den latente variabel "Social eksklusion", som er modellens afhængige variabel. Hver af de fire index har deres egne selvstændige error term, og disse er forventet at kovariere, hvilket også er afbilledet i modellen. Ser man bort fra ændringerne i forhold til den afhængige variabel "Social eksklusion", er modellen, som er vist i figur 5.14 herunder, identisk med modellerne for den individuelle dimension. Den latente variabel "handicap" operationaliseret på samme måde, ligesom modellen har samme placering af arbejdsmarkedseksklusion og uddannelse.

Figur 5.14: Strukturel ligningsmodel over den sociale dimension



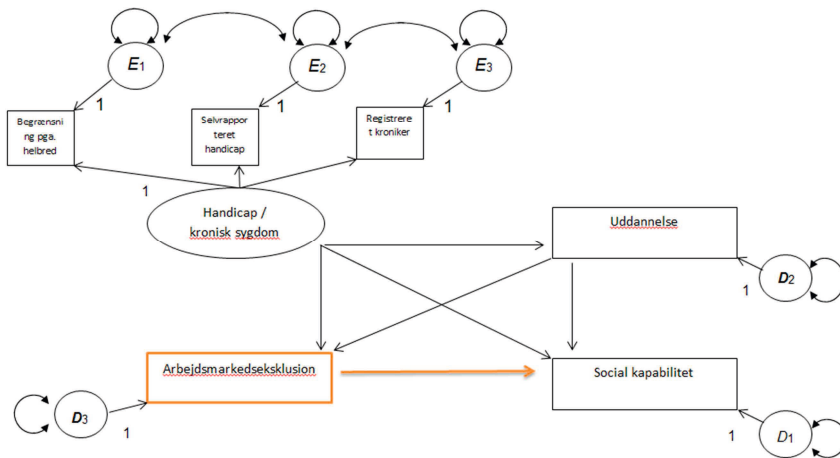
Som for de øvrige modeller er der her tale om en udgangspunktsmodel, der vil blive udbygget i løbet af analyserne. Det forventes at variablene køn, alder, civilstand, etnicitet og indkomst også vil have betydning for sammenhængen med den sociale eksklusion, hvorfor disse variable i løbet af analyserne også vil blive tilføjet modellen. Selvom modellen er næsten identisk med modellerne for den individuelle dimension, kan der i analyserne være afvigelser i forhold til hvilke variable, der medtages og hvordan de placeres, idet der kan være forskellige argumenter for, hvordan modellerne skal se ud i forhold til de forskellige dimensioner af social eksklusion. Argumentationen herfor og variabelenes konkrete placering i modellen vil indgå som en del af analysen.

### **Kapabilitet og den sociale dimension**

I forhold til den sociale dimension er sondringen mellem kapabiliteter og functionings – eller sondringen mellem hvad respondenter faktisk gør og hvad hun/han gerne ville gøre – yderst relevant at foretage, i hvert fald i forhold til den del der handler om sociale kontakter og støtte. Her kan man nemlig argumentere for, at selvom hyppigheden og tilstedeværelsen af den sociale kontakt er vigtige mål i forhold til social eksklusion, så er det ikke tilstrækkeligt kun at kigge på hyppighed og tilstedeværelse. For at få et fuldstændigt billede af den sociale eksklusion må man også tage højde for, i hvor høj grad, graden af social kontakt er frivillig. Altså om respondenter eksempelvis ikke ønsker at have mere social kontakt, selvom vedkommende ikke har en særlig høj grad af social kontakt. Er vedkommende med andre ord frivilligt eller ufrivilligt alene?

Også i forhold til den sociale dimension sætter datasættet imidlertid nogle begrænsninger i forhold til at kunne måle kapabiliteterne helt så fyldestgørende som de faktiske functionings. Selvom datasættet indeholder mål for, i hvor høj grad man ser de forskellige sociale kontakter lige så hyppigt, som man gerne ville, samt et mål for hvor ofte man oplever at være ufrivilligt alene, så er der ikke nok mål til at man kan konstruere en latent variabel på baggrund af dem. Til gengæld kan man konstruere et enkelt index over den sociale kapabilitet på baggrund af disse variable. Dette index kan så bruges som en afhængig, observeret variabel i modellen. Selvom indexet vurderes at være et ganske validt mål for tilfredsheden med graden af social kontakt hos den enkelte respondenter, så forventes det at den noget simple model vil resultere i knap så kraftige effekter og en mindre andel af forklaret varians. Dette skyldes først og fremmest netop at modellen bliver simple og den afhængige variabel kun udgøres af en enkelt observeret variabel. Modellen kan ses herunder i figur 5.15.

Figur 5.15: Strukturel ligningsmodel, social kapabilitet



Igen skal det fremhæves at modellen herover er udgangspunktet og at køn, alder, civilstand, etnicitet og indkomst også forventes at blive tilføjet i modellen i løbet af analyserne, fordi disse variable teoretisk forventes at have betydning for sammenhængen. Argumentationen herfor og variablenes konkrete placering i modellen vil indgå som en del af analysen.

### 5.4.3 DEN POLITISKE DIMENSION AF SOCIAL EKSKLUSION

Den sidste af de tre dimensioner handler om individets deltagelse i samfundet. Dette dækker over deltagelse i mange forskellige kontekster og fora lige fra foreningsdeltagelse over deltagelse i forskellige sociale netværk eller klubber til deltagelse i idræt / motion og kulturelle aktiviteter.

I datasættet er der en lang række af spørgsmål vedrørende deltagelse i forskellige konkrete aktiviteter. Disse spørgsmål er grupperet sammen efter aktiviteternes type, hvorefter der er konstrueret fire additive index, som måler fire forskellige typer af deltagelse. De fire index er beskrevet herunder.

Det første index måler graden af foreningsdeltagelse. Her er der tale om deltagelse i formelle foreninger såsom sportsforeninger, beboer/grundejerforeninger, bestyrelser, frivilligt arbejde, aftenskoler o.lign.

Det andet index måler deltagelse i kultur og natur relaterede aktiviteter. Dette kan eksempelvis være aktiviteter som at gå i biografen, til koncerter eller i teatret. Det kan også være at gå på restaurant / cafe eller diskoteker ligesom det kan være det at benytte biblioteket eller gå på udstillinger / museer.

Det tredje index måler deltagelse i sociale netværk såsom ældre- eller ungdomsklubber og beboerhuse / medborgerhuse. Indexet dækker også over deltagelse i religiøse samfund eller aktiviteter.

Det fjerde index måler deltagelse i motion og idræt. Dette dækker over deltagelse i idræts- og motionsaktiviteter, der ikke nødvendigvis er foreningsbårne eksempelvis fitness, at gå i svømmehallen eller benyttelse af idrætsanlæg i forskellige sammenhænge. Indexet dækker også over deltagelse i arrangementer såsom motionsløb, sundhedsdage, kulturturnat o.lign, ligesom det også dækker over sociale og motionsaktiviteter sammen med naboer o.lign. i omkringliggende fællesarealer.

Ideelt set burde deltagelse i deciderede politiske aktiviteter såsom deltagelse ved valg og deltagelse i politiske aktiviteter i politiske partier eller NGO organisationer også høre under denne dimension af social eksklusion. Denne type af deltagelse er desværre ikke en del af spørgsmålene i Sundhedsprofilen, sandsynligvis fordi det ligger på kanten af, hvad der er relevant i forhold til det, Sundhedsprofilen er udarbejdet til at belyse, ligesom der også er en del vanskeligheder forbundet med at få tilladelse af Datatilsynet til at kombinere informationer af politisk karakter med registeroplysninger.

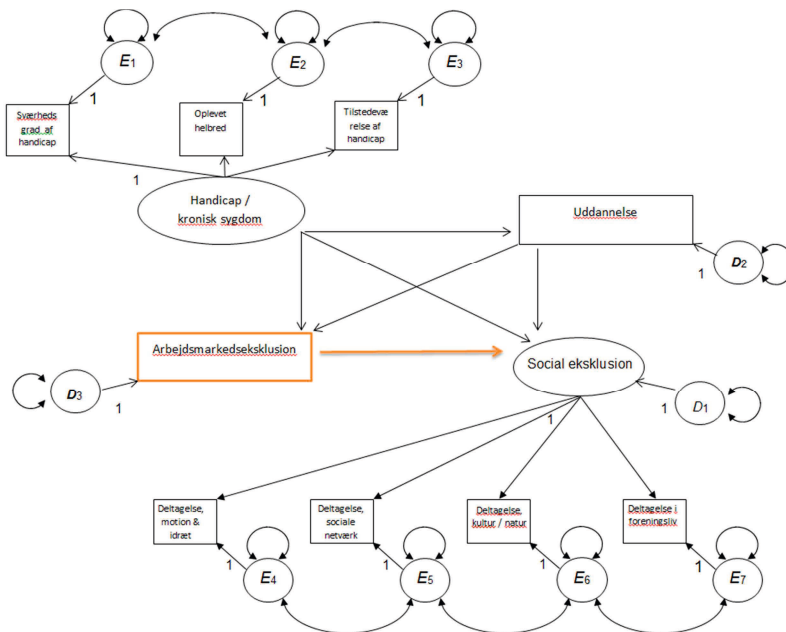
De fire index, der faktisk kan laves ud fra spørgeskemaet, er i modellen i figur 5.16 anvendt som indikatorer for den bagvedliggende faktor social eksklusion. De er således anvendt til, ved hjælp af CFA, at konstruere den latente variabel ”Social eksklusion”, der er modellens afhængige variabel. Hver af de fire index har en error



term, der ligesom det var tilfældet i forbindelse med de forgående modeller, forventes at kovariere med hinanden.

Den resterende model er i udgangspunktet identisk med forgående modeller, da den baserer sig på samme teoretiske argumenter i forhold til sammenhænge og forståelse begrebet ”Handicap og kronisk sygdom”.

Figur 5.16: Strukturel ligningsmodel over den politiske dimension



Ligesom for alle de øvrige modeller er denne model også blot udgangspunktet for analyserne, og den vil derfor i analysen blive udbygget med flere variable og flere kausale stier. Ligesom for de øvrige modeller forventes det at variablene køn, alder, civilstand, etnicitet og indkomst også har betydning for den sociale eksklusion, hvorfor de også vil blive tilføjet til modellen i forbindelse med analysen.

Analyserne af den politiske dimension adskiller sig imidlertid fra de to andre dimensioner på et punkt. I analyserne af den politiske dimension, vil der nemlig også blive fokuseret på de tre dimensioner af social eksklusions indbyrdes relation.

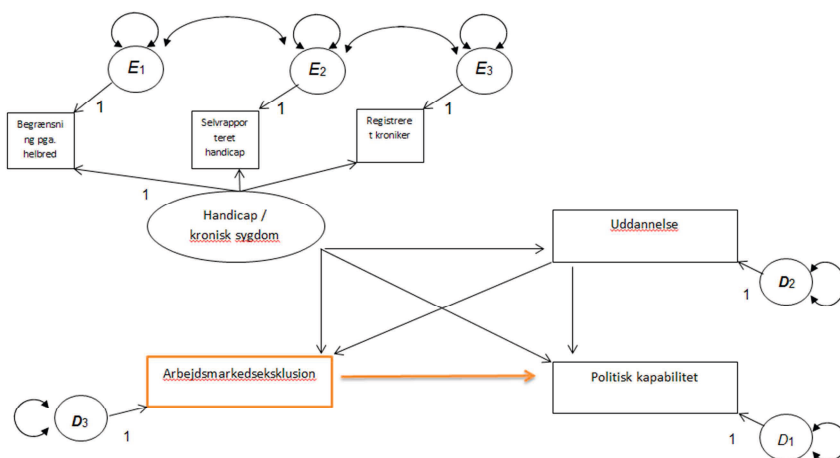
Teoretisk kan man læse de tre dimensioner som henholdsvis selvstændige dimensioner, der kan ses uafhængigt af hinanden, men man kan også tolke dimensionerne som tre på hinanden følgende niveauer, hvilket betyder at udfaldet i forhold til den første dimension påvirker udfaldet på den anden og tredje dimension, og at udfaldet på den anden påvirker udfaldet på den tredje dimension. Eller sagt på en anden måde at den individuelle og sociale dimension af social eksklusion påvirker graden af reel deltagelse på den politiske dimension. Denne afhandling lægger sig teoretisk op ad den sidste tolkning af de tre dimensioner, således at dimensionerne i højere grad ses som niveauer, der påvirker hinanden, fremfor at betragte dem som selvstændige dimensioner. Ud fra denne forståelse af teorien vil det være forventeligt at modellen i figur 5.16 herover kun vil forklare en mindre del af den sociale eksklusion på den politiske dimension, fordi denne dimension i et vist omfang forventes at være betinget af udfaldet på de to øvrige dimensioner. Dette betyder, at der er en teoretisk forventning om, at en del af effekten af de øvrige variable i modellen vil gå gennem de to forgående dimensioner, og således første blive tydelig når den individuelle og den sociale dimension medtages i modellen. Derfor vil modellen i figuren herover i analyserne blive udbygget ikke bare med de variable, der også tilføjes de øvrige modeller, men der vil blive lavet en samlet model, som medtager alle tre dimensioner.

### **Kapabilitet og den politiske dimension**

Også i forbindelse med den politiske dimension er sondringen mellem kapabiliteter og functionings central for at kunne belyse den sociale eksklusion fuldt ud. At måle respondenternes faktiske deltagelse i forskellige aktiviteter er centralt i forhold til social eksklusion, men for at give det fulde billede er det også nødvendigt at se på, om de deltager i den grad de selv ønsker, og om deltagelsesgraden er et resultat af et frivilligt valg eller et resultat af manglende muligheder.

Ligesom det var tilfældet ved de øvrige dimensioner, er der i spørgeskemaet mål for, i hvor høj grad respondenterne er tilfreds med sin grad af deltagelse eller om respondenterne gerne ville have mulighed for at deltage mere. Men ligesom for de øvrige dimensioner begrænser dataene muligheden for at kunne operationalisere en samlet latent variabel, simpelthen fordi der ikke er tilstrækkelige variable til at kunne konstruere tre eller flere selvstændige kontinuerlige indikatorer, som det kræves for at kunne konstruere den latente variabel. Derfor er der i stedet lavet et enkelt samlet index, som måler tilfredsheden med deltagelsesgraden hos respondenterne generelt. Dette index fungerer som modellens afhængige variabel. Udover den afhængige variabel ligner modellen de resterende modeller, og på samme måde som for de øvrige modeller er også denne model blot udgangspunktet for analyserne. Modellen er vist herunder i figur 5.17.

Figur 5.17: Strukturel ligningsmodel, politisk kapabilitet



Modellen vil på samme måde som de øvrige modeller blive udbygget med variable som køn, alder, civilstand, etnicitet og indkomst i analyserne, ligesom der vil blive tilføjet yderligere kausale stier.

#### 5.4.4 INDIVID OG STRUKTUR I ANALYSERNE

Videnskabsteoretisk er udgangspunktet for denne afhandling, som det er beskrevet i teorikapitlet (kap. 4), en etisk individualisme men ikke en metodisk individualisme. I praksis betyder dette, at omdrejningspunktet for analyserne er betydningen af social eksklusion og arbejdsmarkedseksklusion for individerne. Det er først og fremmest relevant at beskæftige sig med social eksklusion og arbejdsmarkedseksklusion fordi det påvirker det enkelte individ – selvom begge fænomener også kan have en mere generel indvirkning på samfundet i en bredere forstand.

Metodisk er det imidlertid ikke kun individerne som er genstandsfeltet. Dette kan virke som en modsætningsfyldt påstand i en afhandling hvis datagrundlag er et omfattende datasæt bestående af kvantitative, individdata. Men selvom datagrundlaget er individorienterede data, så er fokus i operationaliseringen ikke alene på individet. Operationaliseringen af problemstillingen sonder netop mellem functionings og kapabiliteter. Her måler functionings individets faktiske ageren og oplevelser, mens kapabiliteter måler de urealiserede ønsker hos individet. Her sondres netop mellem individets frivillige valg og fravalg og så den del af individets ageren som er et resultat af en ufrivillig begrænsning. I denne forståelse ligger det således implicit at begrænsningen, når den er ufrivillig, er noget individet er påført ude fra. Det er altså et resultat af strukturernes begrænsning af individet. Afhandlingen kan ikke måle præcis hvilke strukturer, der forårsager begrænsningen indenfor de enkelte dimensioner, af den simple grund at dataene ikke rækker så langt. Men analyserne kan netop sondre mellem hvornår en ageren er individets individuelle valg, og hvornår den er et resultat af strukturerne omkring individet. Det kan eksempelvis være i forhold til deltagelse, hvor manglende deltagelse kan være et resultat af at respondenterne ikke ønsker at deltage i de pågældende aktiviteter, men det kan også være et resultat af, at respondenterne ikke oplever at have muligheden. Eksempelvis fordi aktiviteten ikke er tilgængelig eller fordi vedkommende mangler forudsætningerne såsom praktisk hjælp eller økonomiske ressourcer for at kunne deltage.

## 5.5 SPØRGESKEMAET FOKUS OG OPBYGNING

Sundhedsprofilen 2010 er en survey, der er udsendt i landets fem regioner. Målet med undersøgelsen er at måle generel selvoplevet helbredstilstand og helbredsbeholdet livskvalitet hos danskerne. Da undersøgelsen er landsdækkende består spørgeskemaet af en hoveddel som er identisk på tværs af de fem regioner, men derudover består skemaet også af en mindre tillægsdel, hvor den enkelte region selv kan vælge et bestemt fokus, som er særligt vigtigt centralt i regionen. I denne afhandling vil der blive anvendt data fra den survey, der er udsendt til et udsnit af befolkningen i Region Nordjylland og som bærer undertitlen ”Trivsel, sundhed og sygdom i Nordjylland”. Denne survey har udover de nationale spørgsmål også særlig fokus på socialkontakt og netværk og deltagelse. Spørgeskemaet er i samarbejde med regionens 11 kommuner udsendt til 23.392 af regionens (på undersøgelsestidspunktet) 579.275 borgere, og borgere fra alle 11 kommuner har deltaget i undersøgelsen. Det fulde spørgeskema kan ses i appendix A.

Spørgeskemaet er opdelt i 16 specifikke temaer, der hver især kan give et billede af det konkrete område – eksempelvis kostvaner eller lægebesøg – men som også kan anvendes sammen og på tværs af temaerne til at give et samlet billede af nordjydernes sundhedsprofiler.

Det første tema, der berøres i spørgeskemaet er generel helbred og trivsel. Her bliver respondenterne bedt om at vurdere deres generelle helbred såvel fysisk som psykisk samt deres generelle fysiske og psykiske trivsel. Derudover bliver respondenterne bedt om at tilkendegive om, i så fald i hvor høj grad, deres fysiske eller psykiske helbred opleves som begrænsning i forhold til en lang række dagligdagsaktiviteter, om de oplever deres helbred som en begrænsning i forhold til at kunne gøre, hvad de har lyst til, og i hvor høj grad de generelt lever med fysiske smerter og/eller føler sig angste eller deprimerede.

Det andet tema vedrører håndtering af dagligdagens stres. Her stilles der en række spørgsmål, der alle vedrører graden af oplevet stres i dagligdagen og respondentens oplevelse af at kunne håndtere denne stres. Der spørges til respondenternes oplevelser indenfor den seneste måned. Spørgsmålene er formuleret så de

tilsammen kan anvendes til at måle respondentens stressniveau ud fra Cohens Percieved Stress Scale, der internationalt er den mest anvendte skala til at måle selvoplevet stressniveau. Denne skala tager udgangspunkt i tre dimensioner af stres: uforudsigelighed, manglende kontrol og høje krav. På baggrund af spørgsmålene vedrørende oplevet stres i dagligdagen er der skabt et index, der giver samlet score for stressniveauet. Indexet giver en score på mellem 0 og 40, og jo højere værdi respondenter opnår på denne skala, des mere stresset føler respondenter sig.

Det tredje tema omhandler oplevelsen af smerter og ubehag i hverdagen. Her bliver respondenter bedt om at svare på, i hvor høj grad han eller hun inden for de seneste 14 dage har oplevet smerter bestemte steder i kroppen, om han eller hun har oplevet forskellige former for fysisk ubehag (fx træthed, hovedpine) eller forskellige former for psykisk ubehag eksempelvis ængstelse, nedtrykthed og uro. Derudover bliver respondenter også bedt om at angive i hvor høj grad han eller hun har benyttet håndkøbsmedicin for at behandle ovenstående smerter og ubehag.

Det fjerde tema handler om langvarig sygdom og eftervirkninger af langvarige sygdomme og skader. Her spørges der til, om respondenterne har langvarige sygdomme og handicaps eller om de har eftervirkninger af tidligere skader, handicaps eller andre langvarige lidelser / sygdomme, og i så fald hvilke sygdomme og handicaps der er tale om. Derudover spørges der til, om sygdommen / handicappet har medført sygedage i forhold til respondenter arbejde indenfor de seneste 14 dage og indenfor det seneste år.

Det femte og sjette tema handler om henholdsvis ryge- og alkoholvaner. Her spørges der til respondenter vaner i forhold til rygning og indtagelse af alkohol eksempelvis dagligt og ugentligt forbrug, ønske om at stoppe eller nedbringe forbruget og vaner i forhold til forbruget.

Det syvende tema fokuserer på kostvaner, og her bliver respondenterne bedt om at oplyse, hvor meget de spiser af forskellige fødevarergrupper og typer generelt, ligesom der også spørges til forbruget af forskellige sunde fødevarer (fx grøntsager) og usunde fødevarer (fx slik og sodavand). Sluttelig bliver respondenterne også

bedt om at svare på om de er tilfredse med deres kostvaner eller gerne ville leve sundere.

Det ottende og niende tema omhandler respondenternes motionsvaner og bevægelse i hverdagen og respondenternes højde og vægt. Her bliver der spurgt til motionsvaner i forhold til bevægelse i dagligdagen (fx cykelturer og havearbejde) og til om der dyrkes motionsidræt eller hård (konkurrence) idræt. Derudover bliver respondenterne også bedt om at angive højde og vægt, samt vurdere egen vægt. Til slut bliver respondenterne bedt om at vurdere egen fysiske form, og bedt om at svare på, om respondenterne gerne ville være mere fysisk aktive, ligesom respondenterne også bedes svare om vedkommende ønsker at tabe sig.

Det tiende tema handler om besøg hos egen praktiserende læge, og her fokuseres der på, om lægen i forbindelse med konsultationen har anbefalet livsstilsændringer, eksempelvis rygestop, vægttab, at slappe mere af etc.

Det elvte tema handler om social kontakt og socialt netværk. Her stilles der en række spørgsmål vedrørende omfang og karakter af social kontakt og socialt netværk. Ligeledes spørges der til, om respondenterne er tilfredse med omfanget af den sociale kontakt og det sociale netværk vedkommende har, og om respondenterne oplever at være ufrivilligt alene. Derudover spørges der også til om respondenterne har nogen at tale med når der er problemer, og i så fald hvem respondenterne kontakter, og om respondenterne har nogen til at hjælpe, hvis der er behov for praktisk hjælp. Slutteligt spørges der også til, i hvor høj grad respondenterne har følt sig personligt belastet af en række forhold, eksempelvis egen økonomi, forhold til familie/venner/partner eller sygdom.

Det tolvte tema handler om tillid, og bliver respondenterne bedt om at tage stilling til forskellige udsagn vedrørende tillid, ligesom respondenterne bliver bedt om at angive i hvor høj grad vedkommende har tillid til samfundsinstitutioner (ex. Sociale myndigheder, politi, sundhedsvæsenet mv.) og i hvor høj grad respondenterne stoler på andre individer (ex. Personer fra familien, kolleger eller personer fra andre sociale grupper).

Det trettende tema har fokus på socialdeltagelse. Her bliver respondenter bedt om at angive i hvor høj grad vedkommende deltager i en lang række af sociale aktiviteter og foreningsliv, og i hvor høj grad vedkommende er tilfreds med mulighederne for at kunne deltage i disse aktiviteter. Ligeledes spørges der også til tilknytning og deltagelse i lokalområdet, og om respondenter tryk i lokalområdet.

Det fjortende tema omhandler deltagelsen på arbejdsmarkedet og disse spørgsmål er kun stillet til personer i beskæftigelse. Her bliver respondenter bedt om at vurdere den fysiske og psykiske belastning på arbejdspladsen, og i hvor høj grad vedkommende udsættes for en række konkrete belastninger fx støj og tunge løft.

Det femtende tema handler om generel tilfredshed med livet, og her bliver respondenter bedt om at vurdere hvor tilfreds eller utilfreds vedkommende alt i alt er med sit liv for tiden.

Det sekstende og sidste tema er et baggrundsmodul, hvor respondenter svarer baggrundsspørgsmål vedrørende civilstand, uddannelse og beskæftigelse.

### **5.5.1 FRAFALD**

Sundhedsprofilen 2010 er udsendt til i alt 35.700 borgere i Nordjylland. Ud af disse har 23.392 personer besvaret skemaet, hvilket giver en svarprocent på 65,5 %, hvilket er en udmærket svarprocent for spørgeskemaer af denne karakter. Det vigtige er imidlertid om der er særlige karakteristika ved de personer, som ikke har svaret på spørgeskemaet. Altså om frafaldet er systematisk og dermed med til at skævvride undersøgelsens resultater, fordi nogle grupper underrepræsenteres mens andre overrepræsenteres. Ser man på sammensætningen af de personer der har besvaret skemaet, kan man se at svarprocenten blandt unge mænd under 25 år og blandt ældre kvinder over 75 år er lavere end blandt de øvrige aldersgrupper. Det betyder at disse to grupper er underrepræsenterede i undersøgelsen. Ser man på baggrundsvariable som uddannelse, erhvervsstatus, civilstand og etnisk baggrund er der derimod ikke de store skævheder. Der er en svag underrepræsentation af studerende, arbejdsløse og førtidspensionister, ligesom der er mindre underrepræsentation af enlige og af personer med anden etnisk baggrund end dansk.



Skævhederne er imidlertid små og taget stikprøvens størrelse i betragtning vurderes de ikke at være alvorlige. Det største problem i forhold til frafald i denne type af spørgeskemaer er imidlertid at der kan være mønstre i frafaldet, som man ikke kan identificere. Analyser af frafald må i sagens natur ske på baggrund af de variable, der er tilgængelige i datasættet. Man kan således ikke sige noget om frafaldet i forhold til faktorer, der ikke er kendt i datasættet. Det betyder i det her tilfælde, at mønstre i frafaldet som relaterer sig til eksempelvis politisk overbevisning, personlighedsmæssige karakteristika og en række sociale forhold såsom opvækstbetingelser og livssituation udover de baggrundsvariable der i datasættet ikke kan identificeres. Det kan betyde, at der kan være mønstre i frafaldet, som man ikke kan kende til. Ligeledes må det formodes, at der er grupper som vil være underrepræsenterede eller slet ikke repræsenterede i stikprøven. Dette er grupper som hjemløse, indsatte i fængslerne og personer der på tidspunktet for udsendelsen af spørgeskemaet var indlagt i længere tid på somatisk eller psykiatrisk sygehus. Ligeledes må det også formodes, at personer med handicap som ordblindhed og nedsat eller intet syn også vil være ganske begrænset repræsenteret i undersøgelsen, fordi de grundet deres handicap vil være afhængige af hjælp eller hjælpemidler for at kunne besvare spørgeskemaet. Dette betyder, at afhandlingens resultater skal tolkes og læses med det forbehold, at der er en risiko for, at nogle af de grupper man kan forvente vil være særligt udsatte i forhold til social marginalisering og som derfor er særligt interessante for afhandlingens problemstilling, potentielt kan være underrepræsenterede i afhandlingens analyser. Dette er et generelt problem i surveybaseret forskning og således ikke unikt for afhandlingen, og det er derfor i højere grad et vilkår for denne type af undersøgelser mere end det er et problem knyttet til det konkrete datasæt. Problemer af denne karakter kan løses ved at anvende vægtning af data eller ved at håndtere missing data i analyserne ved hjælp af metoder som bootstrapping.

Der er i afhandlingen valgt ikke at vægte for skævheder i stikprøven. Dette valg er truffet af to grunde henholdsvis en metodisk og en statistisk. Ser man på det metodiske argument, så kan der kun laves frafaldsanalyse på baggrund af de variable, der er til rådighed i datasættet. Det er således umuligt at afgøre, om eksempelvis de unge mænd, der ikke besvarer skemaet, faktisk ligner de unge

mænd, der har besvaret skemaet når man kigger på deres holdninger, livssituation og oplevelser. De to grupper kan lige så vel være markant forskellige på rigtig mange områder, selvom de har alder og køn som fællesnævner. En vægtning baseret alene på baggrundsvariable kan således lige så vel resultere i en yderligere skævvridning af resultaterne, uden at det vil være muligt at tjekke det. Ser man mere teknisk på det, medfører brug af vægte ligeledes at standardafvigelsen antager en forkert værdi, hvilket kan komplicere det øvrige statistiske arbejde. Problemerne ved at vægte datasættet, sammenholdt med de relativt begrænsede skævheder der er i frafaldet, er således begrundelsen for, at der i afhandlingen er truffet et valg om at lave analyserne på uvægtede data.

# Kapitel 6 DE INDIVIDUELLE DIMENSIONER AF SOCIAL EKSKLUSION

Social eksklusion og arbejdsmarkedseksklusion er teoretisk såvel som i den politiske og offentlige opfattelse, ofte blevet set som to meget stærkt forbundne fænomener, og deltagelse på arbejdsmarkedet er ofte blevet betragtet som en afgørende forudsætning for at undgå social eksklusion og i stedet opnå social inklusion. Som det er bekræftet i de indledende kapitler søges der i denne afhandling kritisk at teste, hvilken betydning arbejdsmarkedseksklusion faktisk har for den sociale eksklusion særligt med fokus på kronisk syge og handicappede. Social eksklusion er et komplekst begreb både rent teoretisk, men også når det skal måles og analyseres empirisk, og i denne afhandling opereres der derfor med en tredelt forståelse af social eksklusion. Social eksklusion forstås i afhandlingen således som noget, der kan komme til udtryk både på et individuel, et socialt og et politisk niveau.

I dette kapitel fokuseres der på det individuelle niveau af den sociale eksklusion. Dette betyder at omdrejningspunktet i kapitlet er de individuelle faktorer, som oplevelsen af stress og magtesløshed i dagligdagen, og oplevelsen af at være belastet af forskellige faktorer samt den individuelle livsstil og i særdeleshed spørgsmålet om, hvad der er afgørende for disse forhold og hvilken rolle arbejdsmarkedseksklusion spiller i den forbindelse. Det er, sagt på en anden måde altså spørgsmålet om, om arbejdsmarkedseksklusion medfører øget psykisk stress og mistrivsel, og om arbejdsmarkedseksklusionen spiller en central rolle i forhold til den enkeltes livsstil, når man ser på alkoholforbrug (og i særlig grad et for stort alkoholforbrug), rygning og en usund livsstil.

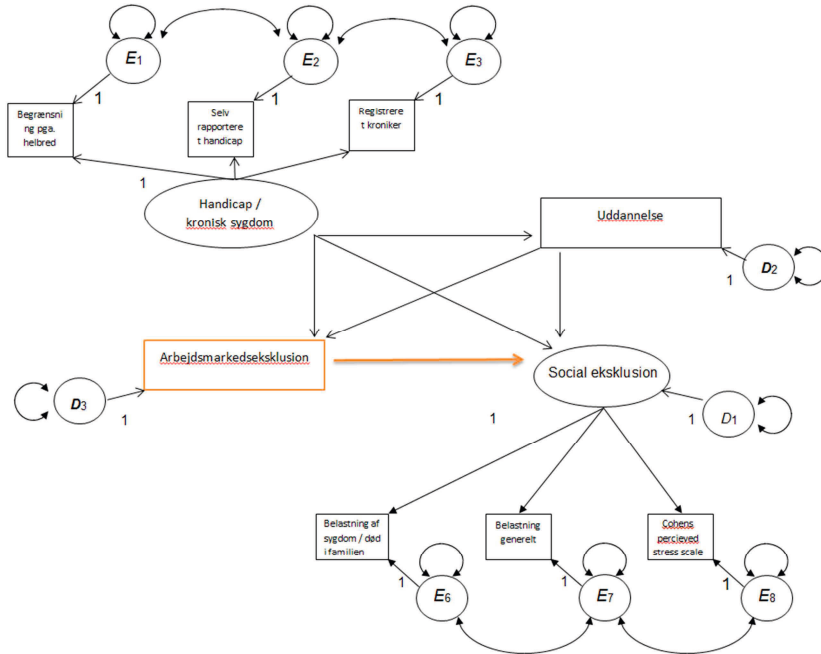
Kapitlet vil være bygget op således, at hver af de to under dimensioner af det individuelle niveau, der er beskrevet i kapitel 4, bliver analyseret separat, hvorefter resultaterne af analyserne vil blive diskuteret samlet. Hver analyse tager udgangspunkt i de modeller, der er præsenteret i kapitel 4, hvorefter modellerne vil blive udbygget og analyseret. Fokus vil ligge, dels på at få modellerne gjort så gode og præcise som muligt i forhold til modellernes fit statistics og forklaringskraft, og dels på analyserne af de endelige sammenhængskoefficienter, der viser hvorledes de forskellige faktorer (eksempelvis arbejdsmarkedseksklusion og social eksklusion) indbyrdes hænger sammen.

## **6.1 DE PSYKOLOGISKE ASPEKTER AF DEN INDIVIDUELLE SOCIALE EKSKLUSION**

De psykologiske aspekter af den sociale eksklusion handler, som nævnt ovenfor, om de individuelle, psykologiske oplevelser af social eksklusion. Disse oplevelser handler i høj grad om oplevelsen af individuelt stress i dagligdagen, hvilket ikke skal forveksles med diagnosen stress, ligesom det handler om oplevelsen af føle sig belastet dels af sygdom og dødsfald i familie eller nærmeste omgangskreds og dels mere generelt af ens livssituation såsom økonomi, job, forhold til familie og venner og ens boligsituation. Udover at disse faktorer betragtes som mål for det individuelle niveau af afhandlingens teoretiske definition af social eksklusion, kan man ligeledes argumentere for, at det individuelle stressniveau og oplevelsen af belastning også kan betragtes som mål for en del af det, der indenfor den socialpsykologiske litteratur betegnes som psykologisk deprivation (se fx Jahoda, 1981, Ragland-Sullivan & Barglow: 1981, Finley & Lee: 1981, Hayes & Nutman:1981, Hill:1978, Briar:1977, Harison:1976, Jahoda m.fl. 1997).

Som det er beskrevet i kapitel 4, tager analyserne udgangspunkt i en relativt simpel strukturel ligningsmodel, der i vist i figuren herunder, figur 6.1.

Figur 6.1: Udgangspunktsmodellen, de psykologiske aspekter af den individuelle dimension.



Modellen viser de antagede sammenhænge mellem handicap og kronisk sygdom, der er modellens uafhængige variabel samt den individuelle sociale eksklusion. Denne sammenhæng forventes i modellen også at være påvirket af uddannelsesniveau og grad af arbejdsmarkedseksklusion, forstået således at et højere uddannelsesniveau vil mindske den sociale eksklusion mens en høj grad af arbejdsmarkedseksklusion vil øge den sociale eksklusion. Ligeledes forventes det at et højt uddannelsesniveau påvirker graden af arbejdsmarkedseksklusion positivt. Modellen er, som det også er beskrevet mere detaljeret i kapitel 4, udgangspunktet for analyserne.

Modellen indeholder to latente variable, henholdsvis handicap/kronisk sygdom samt social marginalisering. Hver af disse variable er konstrueret ved hjælp af confirmatory factor analysis, CFA. For at man med rette kan tale om, at der er en bagvedliggende, latent variabel, som kommer til udtryk gennem de items, der

antages at måle den latente variabel, skal de valgte items loade tilstrækkeligt stærkt sammen. Som minimum skal hvert item opnå en factor loading på 0.3 eller derover meget gerne højere.

Betragter vi først resultatet af CFA for den latente variabel handicap og kronisk sygdom, som måles på tre items nemlig samlet antal registrerede kroniske sygdomme, selvoplevet sygdom/handicap og graden af begrænsning som følge af sygdommen / handicapet, så ses det i figur 6.2 herunder, at de tre items loader fint sammen.

*Figur 6.2: CFA, Kronisk sygdom og handicap*

Item	Standardiseret factor loading	Standardfejl
<b>Kroniker total*</b>	0.55	0.007
<b>Selvoplevet handicap*</b>	0.93	0.007
<b>Grad af begrænsning *</b>	-0.63	0.007

\*Signifikant på 0.0001 niveau

Alle tre items er signifikante ved 0.0001 niveau og loader fint sammen. Faktoranalysen bekræfter således, at man med rette kan tale om, at alle tre items er et mål for den bagvedliggende, latente variabel, der i afhandlingens analyser er døbt ”kronisk sygdom og handicap”. Denne latente variabel går igen i mange af afhandlingens analyser, og da den ikke indholdsmæssigt ændres, vil der fremadrettet blive henvist tilbage til dette afsnit i forhold konstruktionen af variabelen.

Den anden latente variabel, der indgår i modellen, er variabelen social marginalisering. I dette afsnit dækker social marginalisering over den individuelle, psykologiske dimension af eksklusion. Den latente variabel social eksklusion måles således i dette afsnit på tre items, Cohens Percieved Stress Scale, oplevet generel belastning og oplevet belastning pga. sygdom eller dødsfald i familie eller nærmeste omgangskreds. I figur 6.3 herunder, ses resultaterne af faktoranalysen for denne latente variabel, og som det fremgår af tabellen loader de tre items fint sammen.

*Figur 6.3: CFA, Social eksklusion, individuel, psykologisk dimension*

Item	Standardiseret factor loading	Standardfejl
<b>Cohens percieved stress scale*</b>	0.53	0.01
<b>Generel belastning*</b>	0.54	0.01
<b>Belastning, sygdom og død *</b>	0.51	0.01

\*Signifikant på 0.0001 niveau

De tre items er alle signifikante ved 0.0001 niveau og loader tilstrækkeligt højt sammen, så antagelsen om at de tre items kan anvendes som mål for samme bagvedliggende faktor, kan således bekræftes.

Teoretisk kan modellen vist i figur 6.1 kritiseres for at være meget simpel og for derfor ikke at tage højde for flere faktorer, det teoretisk ville være forventeligt havde betydning for den sociale eksklusion.

### 6.1.1 ANALYSE AF MODEL FIT I

Selvom modellen herover er en udgangspunktsmodel, er modellen i første omgang kørt i den form, den vises i i figur 6.1 herover. Dette er gjort at for netop at skabe et analytisk udgangspunkt for videreudvikling af modellen. Fordi der i afhandlingens analyseres tages udgangspunkt i en model build approach, vil resultaterne for den indledende model danne grundlaget for, hvordan modellen udvikles videre.

Betragter vi i første omgang modellens fit statistics, som fortæller i hvor høj grad modellen passer på de faktiske empiriske data i stikprøven, ser det ganske fornuftigt ud. Når man analyserer en SEM models model fit er det i særlig grad fire mål, der er relevante at vurdere (Kline:2011). Det drejer sig om følgende fire mål, vist i figur 6.4 herunder.

Figur 6.4: Udgangspunktsmodellens fit statistics

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.073
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.954
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.038

Det første mål vist i tabellen herover er modellens samlede chi<sup>2</sup> værdi. Chi<sup>2</sup> værdien for en SEM model tolkes overordnet set på samme måde, som en chi<sup>2</sup> værdi for eksempelvis en bivariat korrelation. Dette betyder at chi<sup>2</sup> er en signifikans test, hvilket betyder at chi<sup>2</sup> værdien fortæller os, hvor stor sandsynligheden er for, at det resultat der er generet, er et resultat af statistisk tilfældighed (De Vaus:2002). Chi<sup>2</sup> er således et *badness of fit* mål, og jo lavere værdi chi<sup>2</sup> har, des mindre er sandsynligheden for, at resultatet er et produkt af tilfældigheder (Agresti & Finlay:1997). I SEM modeller er det først og fremmest modellens chi<sup>2</sup> værdi, der er relevant at analysere og ikke signifikansværdien for de enkelte sammenhænge i modellen (Kline:2011). Chi<sup>2</sup> har imidlertid præcis de samme problemer i forhold til SEM, som også gør sig gældende for analyser af enkelte korrelationer. Målet er meget følsomt overfor stikprøvens størrelse, og jo større stikprøven er, des lettere bliver det at opnå en lav chi<sup>2</sup> værdi. SEM kræver normalt relativt store stikprøver, hvorfor en lav chi<sup>2</sup> værdi i lige så høj grad fortæller at stikprøvens størrelse er tilstrækkelig, som den siger noget om det egentlige model fit. Chi<sup>2</sup> værdier kan således ikke stå alene, når en models fit analyseres (Thompson:1992). Chi<sup>2</sup> værdien for modellen vist i figur 6.1 er på 0.000, hvilket er et rigtig godt, men også forventeligt resultat, idet der i analysen anvendes en meget stor stikprøve på knap 25.000 cases. Chi<sup>2</sup> testen indikerer således ikke, at der er problemer med modellens fit.

Det næste mål, der er relevant at analysere er RMSEA, Stieger-Lind Root Mean Squarred Error of Approximation. RMSEA er ligesom de efterfølgende tre mål i



figur 6.2 et såkaldt approximate fit index, som er et mål for *model-data correspondance* eller sagt på en anden måde, hvor godt den opstillede model korresponderer med de faktiske data i stikprøven. Resultaterne fra denne type af mål, er ikke et dikotomt mål for, hvorvidt en nul hypotese skal beholdes eller forkastes. Derimod er det kontinuerlige mål forholdet mellem model og data. Således bør de enkelte mål ikke benyttes alene til at træffe beslutningen om, hvorvidt en model forkastes eller beholdes. De forskellige mål for fit statistics skal således ses i lyset af hinanden og ikke mindst i lyset af de teoretiske argumenter og specifikationer, modellen baseres på (Kline:2011). RMSEA er et badness of fit mål. Jo lavere værdien af RMSEA er, des bedre passer modellen på data. Ideelt skal RMSEA ligge under 0.05, hvilket indikerer et godt model fit. Værdier over 0.1 indikerer et dårligt model fit (Kline: 2011, Acock:2013). RMSEA værdien for denne model er på 0.073, hvilket er acceptabelt.

Det tredje mål, der er relevant at inddrage, når modellens fit analyseres er CFI, eller Betler Comparative Fit Index. Dette mål er et relativt mål, som sammenligner den faktiske model med en såkaldt baseline model. Denne baseline model er typisk, og også i denne afhandling, lig med den såkaldte independence model, som er en model, der antager at der ingen kovarians er mellem nogen af modellens observerede variable. Dette er i langt de fleste modeller ikke en realitet, og CFI måler således hvor relativt meget bedre den faktiske model er. CFI er et goodness of fit mål, hvorfor en højere værdi, indikerer et bedre fit. CFI antager værdier fra 0 til 1. For at godt model fit skal værdierne af CFI helst ligge over (eller i hvert fald tæt på) 0.95 (Kline:2011). CFI værdien for denne model ligge på 0.954, og indikerer således et godt model fit.

Det sidste mål, der medtages i vurderingen af model fit er SRMR, Standardized Root Mean Squared Residual. SRMR måler helt konkret forskellen mellem de observerede og de forventede residualer. Disse residualer skal i en model med godt model fit alle være tæt på nul, hvorfor værdien af SRMR også skal være lav. SRMR værdier under 0.1 betragtes som indikatorer for et godt model fit, mens værdier derover indikerer et dårligt fit. En god ide, når SRMR tolkes, er også at tjekke modellens korrelations residualer, som helst også alle skal have værdier under 0.1

(Kline:2011). SRMR for denne model ligger på 0.038, hvilket indikerer et godt model fit. Modellens residualer<sup>5</sup> indikerer ingen problemer, da samtlige residualer ligger langt under 0.1.

Selvom der her er tale om en udgangspunktsmodel, som mangler at medtage flere relevante variable, har modellen alligevel et ganske godt model fit. Kun RMSEA værdien ligger en smule over det ideelle niveau, men værdien er dog ikke så høj, at den ikke kan accepteres, særligt når RMSEA betragtes i lyset af de øvrige mål. Det vurderes således at modellen overordnet set passer data ganske udmærket, og at modellen er et godt udgangspunkt for de følgende analyser.

### **6.1.2 ANALYSE AF MODELLENS FORKLARINGSKRAFT OG SAMMENHÆNGE I**

I det forgående afsnit blev modellens model fit analyseret. Model fit, fortæller noget om, hvor godt den pågældende model korresponderer med de faktiske data. Men det fortæller ikke noget om, hvor stor forklaringskraft modellen har eller hvor stærke sammenhænge, der er mellem modellens variable. Man kan således sagtens have en model, der korresponderer fint med stikprøvens data, men som ikke forklarer ret meget af variansen, eller hvor der ikke er nogen klar korrelation mellem variablene. For at kunne sige noget om disse ting, er det nødvendigt dels at betragte modellens forklarede varians for de afhængige variable og dels at betragte modellens korrelationskoefficienter og dertilhørende standardfejl.

Ser vi i første omgang på den forklarede varians i modellen (figur 6.5), så er  $R^2$  værdien for modellens afhængige, latente variabel, social eksklusion, 0.69. Det betyder oversat at modellen forklarer 69 % af variansen på denne variabel. For et så relativt kompleks fænomen som social eksklusion er dette en ganske høj forklaringskraft, særligt taget i betragtning, at modellen endnu ikke medtager flere af de variable, der forventes også at have betydning.

---

<sup>5</sup> *Modellernes residualer fremsendes på forespørgsel*

*Figur 6.5: Modellens forklaringskraft. Udgangspunktsmodellen, de psykologiske aspekter af den individuelle dimension.*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians, $R^2$
<b>Individuel social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.69

Da arbejdsmarkedseksklusion i modellen optræder som en mellemkommende variabel, beregnes der også, hvor stor en del af variansen for arbejdsmarkedseksklusion, modellen kan forklare. Her betragtes arbejdsmarkedseksklusion altså som en afhængig variabel, der konkret i denne model forklares af uddannelse samt kronisk sygdom / handicap. Der er her tale om det mål for arbejdsmarkeds eksklusion, der måler tilknytning til arbejdsmarkedet uge for uge i året forud for besvarelsen af spørgeskemaet, har en  $R^2$  værdi på 0.20, og modellen forklarer således 20 % af variansen på arbejdsmarkedseksklusion. Taget i betragtning at der i modellen kun er to variable, uddannelse og handicap / kronisk sygdom, der forklarer arbejdsmarkedseksklusion, er dette vurderet som en udmærket forklaringskraft. Sigtet med modellen er i første omgang ikke, at forklare arbejdsmarkedseksklusion, men derimod at forklare social eksklusion og arbejdsmarkedseksklusionens betydning herfor. Modellens forklaringskraft i forhold til arbejdsmarkedseksklusion er alligevel medtaget, da den viser sig relevant i forhold til de konklusioner, der kan drages på baggrund af analyserne.

Tabellen herunder i figur 6.6, viser samtlige korrelationskoefficienter for modellen. Korrelationskoefficienterne viser sammenhængens styrke for hver af de i modellen specificerede kausale stier. Tabellen viser både de direkte, de indirekte og de totale effekter, ligesom tabellen både viser de standardiserede og ustandardiserede koefficienter. Når variablene internt i modellen sammenlignes benyttes de standardiserede koefficienter, idet modellens forskellige variable er skaleret forskelligt, hvorfor de ustandardiserede koefficienter ikke direkte kan sammenlignes. Uddannelse er eksempelvis målt i antal år, mens arbejdsmarkedseksklusion er målt i værdier på en score fra 0 til 159. De standardiserede koefficienter måler derimod hvor mange standardafvigelser den

afhængige variabel vil ændre sig med, for hver gang man ændrer den uafhængige variabel med en standardafvigelse. Derfor er de standardiserede koefficienter direkte sammenlignelige på trods af variablenes i udgangspunktet forskellige skalering.

De ustandardiserede koefficienter er derimod relevante, hvis modellens resultater sammenlignes med resultater fra analyser foretaget på en anden stikprøve og til dels også når resultaterne fra afhandlingens forskellige modeller sammenlignes.

*Figur 6.6: Modellens effekter, Maximum likelihood estimator. Udgangspunktsmodellen, de psykologiske aspekter af den individuelle dimension.<sup>6</sup>*

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standard fejl
<b>Direkte effekter på social eksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.87	0.62	0.02
<b>Uddannelse*</b>	-0.08	-0.03	0.005
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	0.09	0.04	0.007
<b>Indirekte effekter på social eksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.05	0.03	0.005
<b>Uddannelse*</b>	-0.005	-0.002	0.0003
<b>Totale effekter på social eksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.82	0.58	0.02
<b>Uddannelse*</b>	0.08	-0.04	0.005
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-0.09	0.04	0.007
<b>Direkte effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.44	0.65	0.009
<b>Uddannelse*</b>	-0.06	-0.05	0.009
<b>Indirekte effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.005	0.007	0.001

<sup>6</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>sygdom*</b>			
<b>Totale effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.44	0.65	0.02
<b>Uddannelse*</b>	-0.06	-0.05	0.009
<b>Direkte effekter på uddannelse</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.09	-0.15	0.02

\*Signifikant på 0.0001 niveau

I tabellens første afsnit vises de direkte effekter på den sociale eksklusion. De direkte effekter er de stier, der i figur 6.1 går direkte fra en variabel til en anden. I forhold til social eksklusion er det således de direkte stier fra handicap / kronisk sygdom, uddannelse og arbejdsmarkedseksklusion, der beskrives. Som det fremgår af tabellen, er der en end dog meget stærk effekt (0.87) af handicap og kronisk sygdom på social eksklusion. Det betyder, at der er en stærk direkte sammenhæng. Når graden af handicap eller kronisk sygdom øges, så øges den sociale eksklusion også. Omvendt er der praktisk talt ingen direkte effekt af hverken uddannelse (-0.08) eller arbejdsmarkedseksklusion (0.09). Samme billede gør sig gældende når man ser på de indirekte og totale effekter på social eksklusion. De indirekte effekter er de stier i modellen figur 6.1, som ikke går direkte fra en variabel til en anden, men derimod går igennem en tredje variabel på vejen, mens de totale effekter er summen af direkte og indirekte effekter.

Ser man på de totale effekter er billedet således fortsat det samme. Selvom effekten af handicap og kronisk sygdom mindskes en lille smule, når de indirekte effekter medtages, så er der stadig en meget stærk effekt af handicap og kronisk sygdom på social eksklusion (0.82) og praktisk talt ingen effekt af hverken uddannelse eller arbejdsmarkedseksklusion. Det betyder, sagt på en anden måde, at der ikke er nogen direkte sammenhæng mellem arbejdsmarkedseksklusion og social eksklusion, men det er heller ikke sådan, at arbejdsmarkedseksklusionen forværrer den sociale eksklusion nævneværdigt. Det er altså ikke ikke noget, i de første resultater, der tyder på, at arbejdsmarkedsintegration, vil mindske den sociale eksklusion, som forårsages af kronisk sygdom og handicap.

Ser man dernæst på arbejdsmarkedseksklusion, viser modellens resultater, at netop handicap og kronisk sygdom har stor betydning for arbejdsmarkedseksklusionen med en effekt på 0.44. Jo større grad af handicap og kronisk sygdom jo større er des større er sandsynligheden for at være ekskluderet fra arbejdsmarkedet. Overraskende har uddannelse omvendt ikke den store effekt i forhold til arbejdsmarkedseksklusion, ligesom handicap og kronisk sygdom heller ikke ser ud til at påvirke uddannelsesniveauet. Dette er i modstrid med flere andre undersøgelser, der har vist at handicappede netop typisk er dårligere uddannede end gennemsnittet i befolkningen (se kapitel 2). En forklaring på, at der i modellen her ikke findes samme sammenhæng er med al sandsynlighed, at denne afhandling har en bredere målgruppe end undersøgelse af handicappede typisk har. Afhandlingen fokuserer således ikke kun på handicap, eksempelvis medfødte handicaps som sansehandicaps eller psykiske lidelser der er medfødte eller kommet til udtryk tidligt i livet, men derimod bredt på kronisk syge og handicappede. En stor andel af de kroniske sygdomme er netop lidelser som først rammer eller kommer til udtryk senere i livet, hvorfor de ikke på samme måde bliver en begrænsning for at kunne tage en uddannelse, som lidelser der er medfødte eller opstået i barndom eller ungdom.

Resultaterne for denne indledende analyse viser således at hvor handicap og kronisk sygdom har stor betydning for de mentale aspekter af den individuelle sociale eksklusion, altså oplevelsen af stress, magtesløshed og belastning hverdagen, og for eksklusionen på arbejdsmarkedet, så peger resultaterne også på, at arbejdsmarkedseksklusion ikke ser ud til at have betydning for disse aspekter af den sociale eksklusion, ligesom arbejdsmarkedseksklusionen ikke ændrer nævneværdigt ved sammenhængen mellem handicap / kronisk sygdom og social eksklusion. Modellen er ligeledes kørt med arbejdsmarkedseksklusion, i den variation, der kun måler arbejdsmarkedsstatus umiddelbart før besvarelsen af spørgeskemaet. Dette giver ikke et nævneværdigt anderledes resultat.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Yderligere dokumentation herfor kan fremvises ved henvendelse til forfatteren.

## 6.2 DEN ENDELIGE MODEL, DE PSYKOLOGISKE ASPEKTER AF DEN INDIVIDUELLE DIMENSION

Modellen der er blevet gennemgået i afsnittene herover, har været udgangspunktet for analyserne. Det har betydet at modellen på baggrund af teoretiske overvejelser omkring variable, der teoretisk forventes at have betydning for den sociale eksklusion enten direkte eller gennem deres effekt på nogle af modellens øvrige variable, er blevet udbygget.

Helt konkret har det betydet, at køn og alder er blevet indført i modellen som kontrol variable, fordi der er en forventning om, at køn og alder kan have betydning dels direkte for den sociale eksklusion, samt at de endvidere kan forklare noget af variansen på enkelte af modellens øvrige variable. Det betyder at køn og alder er inddraget i modellen som uafhængige variable. Variablen køn er inddraget som en ren kontrol variabel, med en direkte effekt på social eksklusion. Teoretisk kunne man godt finde argumenter for, at køn også kunne forventes at have betydning for flere af modellens øvrige variable eksempelvis arbejdsmarkedseksklusion, indkomst og uddannelse. Modellen er derfor også kørt i en version, hvor der er tilføjet effekter fra køn til disse tre variable, men da dette forværrede modellens model fit, ikke bidrog nævneværdigt til modellens forklaringskraft og effekterne var så små, at de ikke havde nogen betydning for modellens øvrige resultater er disse effekter igen fjernet fra modellen og den oprindelige ide om at indføre køn som en ren kontrolvariabel er bibeholdt. For variablen alders vedkommende er der derimod udover den direkte effekt på social eksklusion også i modellen tilføjet en direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion samt en direkte effekt på uddannelse og indkomst. Dette er gjort fordi det forventes at alder vil have en positiv effekt på uddannelsesniveau og indkomst. Argumentet herfor er dels at en lang uddannelse tager tid, hvorfor de helt unge endnu ikke kan have gennemført en lang uddannelse og dels at man empirisk ved, at indkomsten typisk stiger igennem arbejdslivet bl.a. som følge af anciennitet samt forfremmelser og andre karrieremæssige forbedringer.

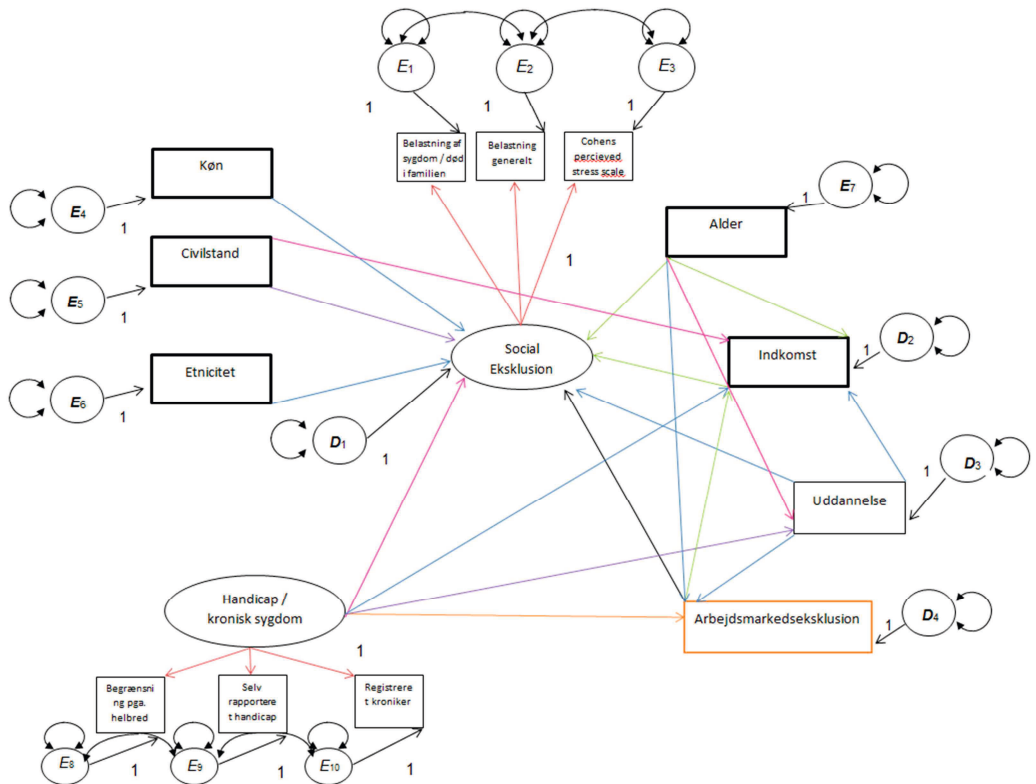
Udover alder og køn er også etnicitet tilføjet modellen som en uafhængig variabel. Etnicitet er ligeledes medtaget som kontrol, men da der antalsmæssigt ikke er så

mange personer med anden etnisk baggrund end dansk er etnicitet kun indført som en kontrol direkte på social eksklusion. Ligeledes er personer med indvandrebaggrund underrepræsenterede i undersøgelsen, hvilket også har været en medvirkende årsag til, at etnicitet kun benyttes som kontrolvariabel.

Sidst men ikke mindst er også civilstand og familiens indkomst medtaget i modellen. Civilstand er her en binær variabel, hvor der skelnes mellem enlig og ikke enlig. Kategorien enlig dækker både over singler, fraskilte og enker/enkemænd, men kategorien ikke enlig dækker over personer i et fast forhold / ægteskab eller registreret partnerskab. Der er bevidst valgt ikke at skelne mellem forskellige former for parforhold, i det forventningen er, at det er selve det at være i et fast parforhold, der kan have betydning for den sociale eksklusion og ikke den juridiske status af forholdet. Civilstand forventes udover social eksklusion at have en positiv betydning for familiens indkomst. Dette skyldes først og fremmest at det indkomst mål, der anvendes i analyserne er familiens samlede bruttoindkomst, hvorfor civilstand må forventes at have en vis betydning. I modsætning til alder, køn, etnicitet og civilstand er familiens indkomst ikke en uafhængig variabel, men derimod en mellemkommende variabel ligesom arbejdsmarkedseksklusion. Indkomsten forventes udover civilstand at være påvirket af uddannelsesniveau, alder og arbejdsmarkedseksklusion, forstået således at et højere uddannelsesniveau forventes at øge indkomsten, mens en højere grad af arbejdsmarkedseksklusion forventes at sænke indkomsten. Den endelige model ses herunder i figur 6.7.



Figur 6.7: Den endelige model, de psykologiske aspekter af den individuelle dimension af sociale eksklusion



### 6.2.1 ANALYSE AF MODEL FIT II

Det første der skal evalueres er modellens fit statistics, der fremgår i figur 6.8 herunder. I figuren ses det, at modellen samlet set er signifikant med en  $\chi^2$  værdi på 0.000. Her indikeres altså ingen problemer med modellens fit. Den næste værdi, modellens RMSEA, ligger på 0.083. Som det blev gennemgået tidligere skal denne værdi ideelt set ligge under 0.05 og den må ikke overstige 0.1. RMSEA er således i den højere ende af, hvad der accepteres og den er også en lille smule højere end RMSEA værdien for udgangspunktsmodellen. Det omvendte gør sig gældende for modellens CFI værdi, der med en værdi på 0.86 ligger i den lavere ende af idealet.

CFI værdien er således en smule forværret i forhold til udgangspunktsmodellen som havde en ideel CFI værdi på 0.954. Modellens SRMR værdi er med en værdi på 0.053 fortsat langt under den maximalt acceptable værdi på 0.1.

Overordnet set er modellens fit statistics en lille smule dårligere end resultatet fra udgangspunktsmodellen. Baserede man fortolkningen alene på fit statistics, ville resultaterne her tale for at man bibeholdt udgangspunktsmodellen og forkastede den endelige model. Dette ville imidlertid være fejleagtigt at gøre, i det fit statistics ikke bør evalueres uden også at tage modellens teoretiske argumenter med i betragtning (Kline:2011). Der er stærke teoretiske argumenter for at bibeholde den endelige model til trods for det lidt svagere resultat i forhold til fit statistics. Den endelige model er således væsentlig mere teoretisk præcis, idet den netop medtager en række øvrige variable, der forventes også at have betydning for den sociale eksklusion. En model uden disse variable vil kunne kritiseres kraftigt for at være for simple og for at underkende den komplekse kausalitet, der gør sig gældende i forhold til årsagerne til social eksklusion. Når den lille forværring af modellens model fit vejes op imod de teoretiske argumenter for at bibeholde modellen i dens komplekse form, er det i forhold til den konkrete model vurderet, at de teoretiske argumenter vejer væsentligt tungere end den relativt lille forværring af fit statistics. Dette skal ligeledes ses i lyset af, at fit statistics værdierne samlet set heller ikke taler for en forkastelse af den komplekse model. På det grundlag er den endelige model bibeholdt og resultaterne af den gennemgås herunder.

*Figur 6.8: Fit statistics, den endelige model over de psykologiske aspekter af den individuelle dimension af social eksklusion*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.083
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.86
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.053

### 6.2.2 ANALYSE AF MODELLENS FORKLARINGSKRAFT OG SAMMENHÆNGE II

Ser man på modellens forklaringskraft (figur 6.9), er her endnu et argument for at bibeholde den komplekse model. Forklaringskraften, særligt i forhold til social eksklusion, er nemlig væsentligt forbedret. Modellen forklarer således hele 85 % af variansen på den sociale eksklusion, hvilket er en forbedring på 16 procentpoint i forhold til udgangspunktsmodellen. Modellen forklarer således en meget stor andel af den sociale eksklusion.

*Figur 6.9: Modellens forklaringskraft. Den endelige model, de psykologiske aspekter af den individuelle dimension af sociale eksklusion*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians, $R^2$
<b>Individuel social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.85

Arbejdsmarkedseksklusion har en højere  $R^2$  værdi end udgangspunktsmodellen, og den endelige model forklarer således 24 % af variansen på arbejdsmarkedseksklusion. Som allerede beskrevet, er målet med analysen ikke at forklare arbejdsmarkedseksklusion, men derimod at undersøge hvilken rolle særligt arbejdsmarkedseksklusionen spiller i forhold til at kunne forklare den sociale eksklusion af kronisk syge og handicappede. Den forklarede varians i forhold til arbejdsmarkedseksklusion, som i modellen også betragtes som en afhængig variabel, forklaret bl.a. af handicap / kronisk sygdom og uddannelse, udregnes dog automatisk, ligesom der også udregnes tilsvarende mål for alle de øvrige variable, som ikke er uafhængige. Disse mål er dog ikke gennemgået her, da ikke har relevans for afhandlingens problemstilling eller konklusioner. Modellen er konstrueret med henblik på at forklare en så stor andel af den sociale eksklusion som muligt, og variablene i modellen er inddraget på grund af deres forventede effekt og forklaringskraft i forhold til den sociale eksklusion. Det var således hverken et mål eller en forventning at modellen ville kunne give omfattende forklaringer på eksempelvis uddannelsesniveau. Den forklarede varians for

arbejdsmarkedseksklusion er dog alligevel medtaget, da det er vurderet, at dette mål vil have nogen relevans i forhold til afhandlingens samlede konklusioner.

Modellen har således god forklaringskraft, og spørgsmålet er nu, hvilke effekter der er af de enkelte variable i modellen. Tabellen i figur 6.10 herunder viser modellens forskellige effekter. I tabellen er der tre typer af effekter, de direkte, de indirekte og de totale effekter. De direkte effekter er de direkte stier fra en variabel til en anden vist i diagrammet i figur 6.5. De indirekte effekter er fra en variabel til en anden, der ikke går direkte, men derimod virker igennem en tredje variabel. De totale effekter er summen af de indirekte og direkte effekter.

De steder i tabellem, hvor der ikke er angivet indirekte eller totale effekter, betyder det, at den eller de pågældende variable ikke er påvirket af indirekte effekter. De direkte effekter er derfor lig med de totale effekter.

Figur 6.10: Modellens effekter. Log likelihood estimater. Den endelige model, de psykologiske aspekter af den individuelle dimension af sociale eksklusion<sup>8</sup>

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standard fejl
<b>Direkte effekter på social eksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.96	0.62	0.02
<b>Uddannelse*</b>	0.14	0.06	0.005
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-0.1	-0.05	0.007
<b>Køn****</b>	-0.01	-0.005	0.005
<b>Alder*</b>	-0.22	-0.12	0.008
<b>Etnicitet***</b>	0.03	0.02	0.006
<b>Familiens indkomst**</b>	-0.03	-0.02	0.005
<b>Civilstand****</b>	0.01	0.004	0.005
<b>Indirekte effekter på social eksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.07	-0.04	0.005
<b>Uddannelse*</b>	0.006	0.002	0.0004
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	0.008	0.004	0.0002
<b>Alder*</b>	0.02	0.01	0.002
<b>Civilstand***</b>	-0.007	-0.003	0.001
<b>Totale effekter på social eksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.91	0.58	0.02
<b>Uddannelse*</b>	-0.03	-0.06	0.005
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-0.09	-0.04	0.007
<b>Køn****</b>	-0.02	-0.005	0.006
<b>Alder*</b>	-0.21	-0.11	0.008
<b>Etnicitet***</b>	0.03	0.02	0.006
<b>Familiens indkomst**</b>	-0.03	-0.01	0.005
<b>Civilstand****</b>	0.003	0.001	0.005
<b>Direkte effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.43	0.61	0.02
<b>Uddannelse*</b>	-0.1	-0.09	0.08

<sup>8</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Alder*</b>	0.2	0.2	0.01
<b>Indirekte effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.01	0.02	0.002
<b>Alder*</b>	-0.02	-0.03	0.002
<b>Totale effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.44	0.63	0.02
<b>Uddannelse*</b>	-0.1	-0.09	0.008
<b>Alder*</b>	0.2	0.2	0.01
<b>Direkte effekter på uddannelse</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.12	-0.2	0.02
<b>Alder*</b>	0.23	0.31	0.01
<b>Direkte effekter på familiens indkomst</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.04	-0.07	0.02
<b>Uddannelse*</b>	0.12	0.12	0.01
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-0.3	-0.3	0.01
<b>Alder*</b>	-0.06	-0.07	0.01
<b>Civilstand*</b>	0.03	0.03	0.01
<b>Indirekte effekter på familiens indkomst</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.13	-0.2	0.09
<b>Uddannelse*</b>	0.03	0.02	0.002
<b>Alder**</b>	-0.01	-0.02	0.005
<b>Totale effekter på familiens indkomst</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.2	-0.3	0.02
<b>Uddannelse*</b>	0.2	0.2	0.01
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-0.3	-0.3	0.01
<b>Alder*</b>	-0.07	-0.1	0.01
<b>Civilstand*</b>	0.03	0.03	0.01

\*Signifikant på 0.0001 niveau,\*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant

Ser man i første omgang på modellens effekter på de psykologiske aspekter af den sociale eksklusion, så viser resultaterne helt tydeligt, at handicap og kronisk sygdom uden sammenligning er det, der har den største betydning for den sociale eksklusion. Når graden af kronisk sygdom og handicap stiger, stiger den sociale eksklusion tilsvarende. Den totale effekt af kronisk sygdom og handicap, når

indirekte effekter medtages, er på hele 0.91, hvilket er en meget stærk effekt. Resultatet viser således med al tydelighed, at kronisk syge og handicappede i langt højere grad oplever at være belastede af såvel sygdom og dødsfald i familien og i nærmeste omgangskreds som af andre faktorer såsom privatøkonomi, relation til partner/venner/familie, boligsituation, job samt arbejdsløshed eller risiko herfor. Det er ligeledes også de kronisk syge og handicappede som scorer højt på Cohens individuelle stress skala, og man kan således konkludere, at modellen peger på at kronisk sygdom og handicap er en faktor, der i høj grad øger sandsynligheden for, at den enkelte oplever sig magtesløs og usikker og oplever at mangle muligheder for at påvirke eller kontrollere egen tilværelse.

Udover handicap og kronisk sygdom har også alder betydning for de psykologiske aspekter af den individuelle dimension af social eksklusion. I tabellen figur 6.10 ses, at der samlet set er en moderat negativ effekt på -0.21 af alder på social eksklusion, hvilket skal forstås således at når alderen stiger falder den sociale eksklusion. Ældre er således i gennemsnit lidt mindre tilbøjelige til at opleve de psykologiske aspekter af den individuelle del af social eksklusion.

Ser man på arbejdsmarkedseksklusionens betydning, viser resultaterne, modsat hvad man måske kunne forvente, at den samlede effekt af arbejdsmarkedseksklusion på social eksklusion er praktisk talt nul. Kigger man på de direkte effekter er der en svag negativ effekt af arbejdsmarkedseksklusion på social eksklusion, hvilket betyder at der er en svag tendens til, at når arbejdsmarkedseksklusionen falder, så stiger den sociale eksklusion. Når man medregner de indirekte effekter af modellens øvrige variable forsvinder denne effekt imidlertid og den totale effekt af arbejdsmarkedseksklusion på social eksklusion er helt nede på -0.09, hvilket betyder at der praktisk talt ikke er nogen effekt, hverken i den ene eller anden retning af arbejdsmarkedseksklusion. Sagt på en anden måde, viser resultatet med al tydelighed, at en lav grad af deltagelse – eller slet ingen deltagelse - på arbejdsmarkedet ikke medfører ændringer i de psykologiske aspekter af den individuelle dimension af social eksklusion. Man oplever sig således ikke mere belastet eller scorer højere i forhold til individuel stres, magtesløshed og usikkerhed, fordi man ikke arbejder. Det betyder altså at

forestillingen om, at arbejdsløshed eller eksklusion fra arbejdsmarkedet skulle medføre en psykologisk deprivation, ikke kan støttes af resultaterne fra analysen. Det er ikke arbejdsmarkedsdeltagelse men derimod handicap og kronisk sygdom, der er afgørende for i hvor høj grad man oplever at blive socialt ekskluderet, i hvert fald i forhold til dette aspekt af social eksklusion. Samtidig viser resultaterne også, præcis som den indledende model, at arbejdsmarkedseksklusion ikke ændrer den sociale eksklusion, som forårsages af kronisk sygdom eller handicap. Det er altså ikke noget belæg for at tro, at arbejdsmarkedsinklusion er et godt middel, til at mindske den sociale eksklusion. Arbejdsmarkedseksklusion har altså hverken en direkte effekt på den sociale eksklusion, ligesom arbejdsmarkedseksklusion heller ikke påvirker effekten af kronisk sygdom og handicap i nævneværdig grad.

Dette må på mange måder siges at være et overraskende resultat, hvis man ser på den dominerende opfattelse af arbejdsmarkedsdeltagelsen betydning for den sociale eksklusion, på policyniveau såvel som teoretisk. Resultatet stemmer omvendt godt overens med afhandlingens forventninger om selvsamme sammenhæng.

De øvrige variable køn, etnicitet, indkomst og civilstand har ingen nævneværdig effekt på social eksklusion. Køn og civilstand er heller ikke i sig selv signifikante, men da der dels har været teoretiske begrundelser for at medtage dem i første og da det centrale i en strukturel ligningsmodel ikke er de enkelte variables signifikans men derimod modellens samlede signifikans (Kline:2004, 2011) er begge variable bibeholdt i modellen.

Ligesom handicap og kronisk sygdom har stor betydning for den sociale eksklusion har tilstedeværelsen og graden af handicap og kronisk sygdom med en effekt på 0.44 også stor betydning for graden af arbejdsmarkedseksklusion. Jo mere handicappet eller kronisk syg man er, des større er risikoen i gennemsnit for at man ekskluderes fra arbejdsmarkedet. Dette peger på, at den generelle antagelse om, at arbejdsmarkedseksklusion medfører social eksklusion i virkeligheden er et resultat af en spuriøs sammenhæng, fordi både arbejdsmarkedseksklusion og social eksklusion i høj grad er forårsaget af sammen bagvedliggende faktor nemlig kronisk sygdom og handicap.



Udover kronisk sygdom og handicap har også uddannelsesniveau en svag negativ effekt (-0.1) på arbejdsmarkedseksklusion, forstået således at når uddannelsesniveauet stiger, falder arbejdsmarkedseksklusionen i gennemsnit en smule. Ligeledes har også alder betydning for arbejdsmarkedseksklusionen, her er sammenhængen dog omvendt. Når alderen stiger, stiger også arbejdsmarkedseksklusionen moderat (med en effekt på 0.2). Stikprøven der er grundlaget for modellen medtager kun personer i den arbejdsdygtige alder, så effekten kan ikke forklares med alderspensionering.

De sidste to variable, modellen forklarer, er uddannelse og familiens indkomst. Begge er, som vist i figur 6.7 kun i mindre omfang forklaret af modellen. Ser man i første omgang på uddannelse, så er det i modellen handicap og kronisk sygdom samt alder, der forklarer uddannelsesniveauet. Handicap og kronisk sygdom har en svag negativ effekt på uddannelse (-0.12), forstået således at når grad og tilstedeværelse af handicap og kronisk sygdom stiger, så falder uddannelsesniveauet. At effekten ikke er større hænger sandsynligvis til dels sammen med, at en stor del af kroniske sygdomme og handicap først opstår eller forværres senere i livet, hvorfor handicap og kronisk sygdom ikke har udgjort en barriere generelt for at tage en uddannelse. Så man specifikt på enkelte typer af handicaps eller diagnoser, som typisk opstår tidligt i livet, ville resultatet sandsynligvis se anderledes ud, men modellen her måler effekten af handicap og kronisk sygdom generelt. Omvendt har alder en moderat positiv effekt på uddannelse (0.23). Man kunne tolke dette resultat som et udtryk for, at de ældre generationer er højere uddannede end de yngre. Men set i lyset af, at der trods alt kun er tale om en moderat effekt, så er en mere plausibel forklaring nok, at der er en højere andel af højtuddannede blandt den ældre del af stikprøven fordi de yngre i større grad endnu ikke er færdiguddannede, hvilket alt andet lige vil gøre sig særligt gældende blandt de, der er i gang med en længere uddannelse.

Ser man på familiens indkomst har både handicap og kronisk sygdom, arbejdsmarkedseksklusion og uddannelsesniveau moderat effekt. Effekten af uddannelsesniveau er moderat positiv (0.2) hvilket betyder at indkomsten måske ikke så overraskende stiger når uddannelsesniveauet stiger. Højere uddannelse

medfører typisk et højere lønniveau og selvom der kan være variationer afhængig af uddannelsesretning og de enkelte individers situation, så er det ikke overraskende at uddannelse generelt medfører en højere løn. Omvendt er effekten af både handicap og kronisk sygdom samt arbejdsmarkedseksklusion moderat negativ (henholdsvis -0.2 og -0.3), hvilket viser at når graden af henholdsvis handicap og kronisk sygdom samt arbejdsmarkedseksklusion stiger, så falder indkomsten. Generelt er det ikke overraskende, at arbejdsmarkedseksklusion medfører en lavere indkomst, da en eksklusion fra arbejdsmarkedet typisk betyder, at lønindkomsten bortfalder og i de fleste tilfælde erstattes af en lavere offentlig forsørgelse. Undersøgelsen medtager dog også sygemeldte som får løn under sygdom, hvilket formentlig har mindsket effekten af arbejdsmarkedseksklusion på indkomst en smule.

Ser man på effekten af kronisk sygdom og handicap på familiens indkomst er der her i høj grad tale om en indirekte effekt. Det er således ikke i så høj grad kronisk sygdom og handicap i sig selv, der forårsager en lavere indkomst, men derimod det faktum at kronisk syge og handicappede er lidt dårligere uddannede og hyppigere står udenfor arbejdsmarkedet.

### **6.2.3 OPSAMLING**

Analysen af den individuelle, psykologiske dimension af social eksklusion viser med stor tydelighed, at handicap og kronisk sygdom er af afgørende betydning for individets oplevelse af social eksklusion på den individuelle, psykologiske dimension. Denne dimension handler om individets oplevelse af belastning og stresspåvirkning i dagligdagen, hvilket dækker både over oplevelsen af at være belastet af forskellige konkrete forhold samt over oplevelsen af at være magtesløs eller sat udenfor indflydelse på egen tilværelse. Dimensionen måler således individets direkte oplevelse af både konkret i bestemte situationer men også mere generelt at være uden autonomi over egen tilværelse.

Og netop disse oplevelser hænger stærkt sammen med at være kronisk syg eller handicappet. Des mere kronisk syg eller handicappet man er, des mere udtalt er oplevelsen af at mangle autonomi i egen tilværelse. Stressniveauet og belastningsgraden opleves væsentligt højere blandt personer der lider af en kronisk

sygdom eller et handicap. Alder mindsker denne sammenhæng en lille smule, i det oplevelsen af at mangle autonomi mindskes med alderen.

Til gengæld har det at have tilknytning til arbejdsmarkedet ingen betydning for oplevelsen af eksklusion på denne dimension og på oplevelsen af mangel på autonomi. At have eller ikke have arbejde har således ingen betydning i forhold til denne dimension af social eksklusion. Dette gælder, både hvis man kigger på den direkte effekt af arbejdsmarkedseksklusion på social eksklusion, men det gælder også i lige så høj grad, når man ser på hvordan arbejdsmarkedseksklusion påvirker effekten af kronisk sygdom og handicap på social eksklusion. Her ændrer arbejdsmarkedseksklusion ikke synderligt ved den meget stærke effekt af kronisk sygdom og handicap. I forhold til den individuelle dimension af social eksklusion, og altså spørgsmålet om autonomi, stress og kontrol over egen tilværelse, er der ikke noget som indikerer, at arbejdsmarkedsdeltagelse er løsningen på denne form for social eksklusion.

Omvendt har kronisk sygdom og handicap en central betydning sandsynligheden for at blive ekskluderet fra arbejdsmarkedet, og herigennem får kronisk sygdom og handicap også en negativ betydning for indkomsten.

Selvom kronisk syge og handicappede i end dog betydelig grad hyppigere oplever den individuelle, psykologiske dimension af social eksklusion end personer uden handicap eller kronisk sygdom, og selvom de langt hyppigere ekskluderes fra arbejdsmarkedet end raske personer, så betyder det at have et arbejde ikke noget for oplevesen af eksklusion på disse parametre.

### **6.3 DE LIVSSTILSMÆSSIGE ASPEKTER AF DEN INDIVIDUELLE SOCIALE EKSKLUSION**

Det andet aspekt af den individuelle dimension af social eksklusion handler om den individuelle livsstil hos respondenterne i undersøgelsen. Med dette forstås der dels den kostmæssige livsstil men også forbruget af alkohol og tobak. At drikke en øl eller spise en frysepizza er naturligvis ikke i sig selv et tegn på social marginalisering eller eksklusion. Livsstilsmålene i denne model måler det generelle

forbrug af henholdsvis alkohol og tobak samt den generelle kost. Det giver et billede af, hvor sundt respondenterne generelt spiser, hvor meget de ryger og om de har et stort forbrug af alkohol. Problemet med denne type af mål kan være, at de let bliver ganske normative, idet der hurtigt kommer til at blive trukket en forståelse af at en sund livsstil uden alkohol og tobak er mere moralsk eller normativ rigtig end den modsatte livsstil. Sådan bliver målene imidlertid ikke anvendt i denne afhandling. De tre mål, der her måler respondenternes faktiske livsstil, er tæt forbundne med de mål, der måler respondenternes kapaciteter i forhold til livsstil. Eller sagt på en anden måde, så skal målene omkring den faktiske livsstil ses i lyset af de mål, der udtrykker respondenternes ønskede livsstil. Således bliver livsstilen både et spørgsmål om, hvad man faktisk gør – eksempelvis hvor sundt man spiser – og et spørgsmål om, hvad man gerne vil gøre – eksempelvis om man gerne ville spise sundere, end hvad man faktisk gør. På den måde bliver livsstilsmålene ikke et normativt spørgsmål om det rigtige eller forkerte i at spise usundt eller drikke en øl, men derimod et spørgsmål om, hvorvidt livsstilen er et valg eller et resultat af manglende alternativer, hvilket eksempelvis kan være pga. manglende ressourcer eller viden til at ændre livsstilen.

De tre items, alkoholforbrug, rygning og kostvaner, er anvendt som mål for den latente variabel social eksklusion, der her dækker over den individuelle, livsstilsmæssige dimension af eksklusion. Resultaterne for faktoranalysen for denne latente variabel ses herunder i figur 6.11.

*Figur 6.11: CFA, Individuel, livsstilsmæssig eksklusion*

Item	Standardiseret factor loading	Standardfejl
<b>Alkoholforbrug*</b>	0.4	0.01
<b>Rygning*</b>	0.41	0.02
<b>Kostvaner *</b>	0.63	0.03

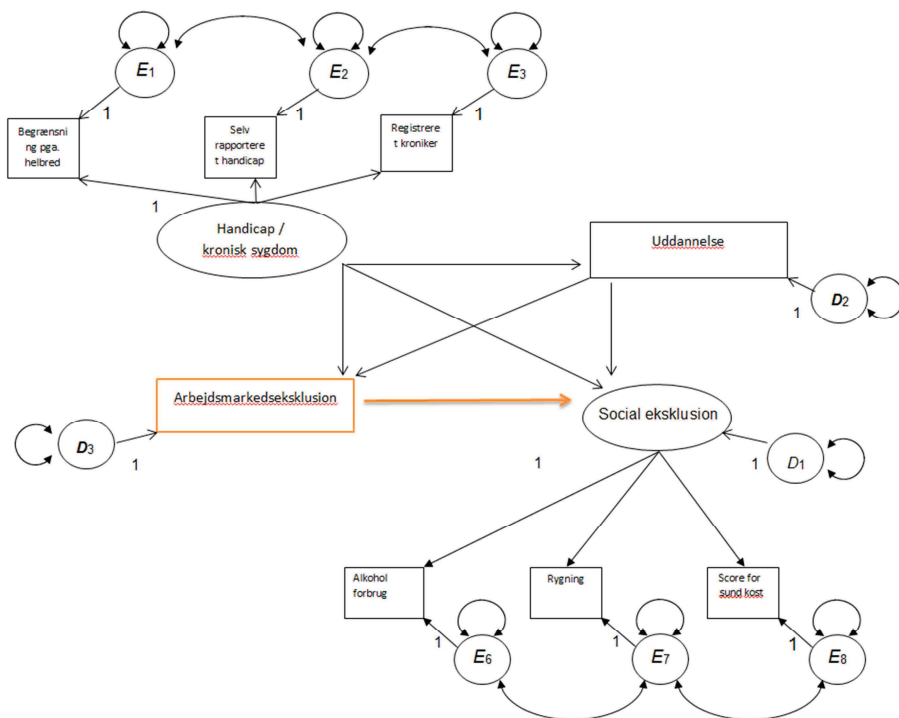
\*Signifikant på 0.0001 niveau

Ser man på resultaterne af faktoranalysen, fremgår det at de tre items alle er signifikante ved 0.0001 niveau, men at de kun lige akkurat overholder mindste kriteriet i forhold til størrelsen på factor loadings. Variablen, er statistisk set, ikke

nær så stærk som de to øvrige latente variable i dette kapitel, men da den er teoretisk velbegrunderet, anvendes den alligevel i analyserne.

Som det er beskrevet i kapitel 4, tager analyserne udgangspunkt i en relativt simpel strukturel ligningsmodel, der i vist i figuren herunder, figur 6.12.

Figur 6.12: Udgangspunktsmodellen, de psykologiske aspekter af den individuelle dimension.



### 6.3.1 ANALYSE AF MODEL FIT III

Ligesom udgangspunktsmodellen, i forhold til de psykologiske aspekter af den individuelle dimension, kan også udgangspunktsmodellen for de livsstilmæssige aspekter af den individuelle dimension også teoretisk kritiseres for at være for simpel og ikke medtage variable, man teoretisk ville forvente havde betydning eller som ville være oplagte som kontrolvariable. Ligesom tilfældet var i forhold til de psykologiske aspekter af den individuelle dimension, er udgangspunktsmodellen dog alligevel kørt i den simple version for netop at skabe et udgangspunkt for de efterfølgende videreudbygninger.

Ser man i først omgang på udgangsmodellens fit statistics (figur 6.13), har modellen samlet set et rigtig godt model fit.

*Figur 6.13: Udgangspunktsmodellens fit statistics, den individuelle, livsstilmæssige dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.049
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.974
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.025

Modellens samlede chi<sup>2</sup> værdi er på 0.000, hvilket er den første indikator på, at modellen passer godt på stikprøvens data.

Modellen RMSEA, der ideelt set skal antage en værdi under 0.05 har en værdi på 0.49, hvilket ligeledes indikerer et godt modelfit. Det samme gør sig gældende for modellens CFI værdi, som ligger helt oppe på 0.974, og altså et stykke over værdien på 0.95 som den ideelt set som minimum gerne skulle ramme. Det sidste mål, modellens SRMR, har en værdi på 0.025 og altså langt under max værdien på

0.1. Alt i alt indikerer modellens fit statistics således at modellen passer rigtig godt på stikprøvens data.

### 6.3.2 ANALYSE AF MODELLENS FORKLARINGSKRAFT OG SAMMENHÆNGE III

Kigger vi på modellens forklaringskraft (figur 6.14) herunder, er forklaringskraften i udgangspunktsmodellen imidlertid knap så stærk, som man kunne ønske sig.

*Figur 6.14: Modellens forklaringskraft. Udgangspunktsmodellen, de livsstilmæssige aspekter af den individuelle dimension.*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians, $R^2$
<b>Individuel social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.13

Den forklarede varians for den sociale eksklusion, så er kun 13 % i denne simple udgangspunktsmodel. Til gengæld viser resultaterne også at 36 % af variansen på arbejdsmarkedseksklusion, når den betragtes som en afhængig variabel forklaret af handicap / kronisk sygdom og uddannelse, er forklaret. Sammenlignet med modellen for de psykologiske aspekter af den individuelle dimension i foregående afsnit, er forklaringskraften i udgangspunktsmodellen således ikke overvældende.

Tabellen i figur 6.15 herunder viser de sammenhænge og effekter, der er beregnet på baggrund af modellen. Ligesom for de forgående tabeller af denne karakter er tabellen delt op i direkte, indirekte og totale effekter.

Figur 6.15: Modellens effekter, Maximum likelihood estimer. Udgangspunktsmodellen, de livsstilmæssige aspekter af den individuelle dimension.<sup>9</sup>

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standard fejl
<b>Direkte effekter på social eksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom**</b>	0.17	0.62	0.02
<b>Uddannelse*</b>	-0.28	-0.03	0.005
<b>Arbejdsmarkedseksklusion***</b>	0.04	0.04	0.007
<b>Indirekte effekter på social eksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.05	0.03	0.005
<b>Uddannelse*</b>	-0.002	-0.002	0.0003
<b>Totale effekter på social eksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom**</b>	0.22	0.58	0.02
<b>Uddannelse*</b>	-0.28	-0.04	0.005
<b>Arbejdsmarkedseksklusion***</b>	0.04	0.04	0.007
<b>Direkte effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom**</b>	0.59	0.65	0.009
<b>Uddannelse***</b>	-0.04	-0.05	0.009
<b>Indirekte effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom***</b>	0.005	0.007	0.001
<b>Totale effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom**</b>	0.59	0.65	0.02
<b>Uddannelse***</b>	-0.03	-0.05	0.009
<b>Direkte effekter på uddannelse</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom**</b>	-0.11	-0.15	0.02

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.05 niveau, \*\*\* Ikke signifikant

Betrager vi første i omgang modellens effekter på de livsstilmæssige aspekter af den individuelle dimension af social eksklusion, fremgår det at to af de tre variable, der i modellen forventes at påvirke den sociale eksklusion, har en moderat effekt. Det drejer sig om henholdsvis kronisk sygdom og handicap, der har en moderat

<sup>9</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.



positiv effekt (0.22) samt uddannelse der har en moderat negativ effekt (-0.28). Dette skal tolkes på den måde, at når graden af kronisk sygdom og handicap stiger, så stiger også graden af social eksklusion, her målt som den individuelle livsstil. Det vil altså sige at personer med en kronisk sygdom eller et handicap, i gennemsnit har et moderat højere forbrug af alkohol og tobak, og i gennemsnit har en mindre sund livsstil hvad angår kost.

Den omvendte effekt ses i forhold til uddannelse. Her falder graden af den sociale eksklusion, i takt med at uddannelsesniveauet stiger. Jo højere uddannelse, des sundere og des mindre forbrug af alkohol og tobak. Til gengæld er der heller ikke i forhold til den livsstilmæssige del af den individuelle dimension nogen effekt af arbejdsmarkedseksklusion. Effekten er praktisk talt 0 (0.04). Der er altså ingen direkte effekt fra arbejdsmarkedseksklusion til de livsstilmæssige aspekter af den individuelle sociale eksklusion. Samtidig medfører arbejdsmarkedseksklusion som en mellemkommende variabel heller ikke nogen ændring af betydning i forhold til effekten af kronisk sygdom og handicap på social eksklusion. Der er altså ikke nogen direkte effekt af arbejdsmarkedseksklusion, ligesom arbejdsmarkedseksklusion ikke ændrer ved effekten af handicap og kronisk sygdom på sociale eksklusion.

Omvendt er der en stærk positiv effekt af handicap og kronisk sygdom på arbejdsmarkedseksklusion (0.59), hvilket skal forstås således at når graden af handicap og kronisk sygdom stiger, så stiger også arbejdsmarkedseksklusionen. Sagt på en anden måde står handicappede og kronisk syge hyppigere udenfor arbejdsmarkedet. Ligeledes har handicap og kronisk sygdom også betydning for uddannelsesniveauet. Her er effekten dog kun svag og negativ, hvilket betyder at handicappede og kronisk syge generelt er lidt lavere uddannede end gennemsnittet.

Selvom udgangspunktsmodellens forklaringskraft kun er moderat, så tegner resultaterne af modellen dog overordnet det samme billede, som gjorde sig gældende for de psykologiske aspekter af den individuelle dimension. Arbejdsmarkedseksklusion ser ikke ud til i sig selv at have nogen nævneværdig betydning for den sociale eksklusion, ligesom den heller ikke påvirker effekten af

kronisk sygdom og handicap på den sociale eksklusion. Til gengæld har kronisk sygdom og handicap og her også uddannelsesniveau stor betydning. Modellen er dog kun en udgangspunktsmodel og de endelige konklusioner skal naturligvis drages på baggrund af den udvidede model, som også medtager en række andre relevante faktorer.

Modellen er ligeledes kørt med et mål for arbejdsmarkedseksklusion, der måler arbejdsmarkedseksklusion som status på arbejdsmarkedet umiddelbart forud for besvarelsen af spørgeskemaet. Resultatet af denne analyse adskiller sig ikke markant fra resultaterne gennemgået herover, og de vil derfor ikke blive behandlet særskilt i afhandlingen. Outputs fra denne analyse kan indhentes på forespørgsel.

#### **6.4 DEN ENDELIGE MODEL, DE LIVSSTILSMÆSSIGE ASPEKTER AF DEN INDIVIDUELLE DIMENSION**

Selvom resultaterne af udgangspunktsmodellen indikerede den samme overordnede tendens, som resultaterne af den individuelle, psykologiske dimension analyseret i afsnit 6.2, og selvom udgangspunktsmodellens fit statistics var gode, så indikerede modellens forklaringskraft, at relevante variable kunne være udeladt. Udgangspunktsmodellen forklarede således kun 13 % af variansen på den sociale eksklusion, og dette er således en tydelig indikator på, at nogle af de variable, der endnu ikke er blevet inkluderet i analysen, kan have en afgørende forklaringskraft. Dette giver god mening, idet udgangspunktsmodellen netop ikke medtager samtlige af de variable og kausale stier, som teoretisk forventes at være af betydning.

Derfor er udgangspunktsmodellen videreudviklet og de variable, der forventes at have betydning er tilføjet. Den endelige model kan ses herunder i figur 6. 16. I modellen er tilføjet en række variable, køn, alder, civilstand, etnicitet, og familiens indkomst, der forventes at have betydning for den sociale eksklusion.

Ligesom det gjorde sig gældende for den endelige model over de psykologiske aspekter af den individuelle dimension er køn og alder blevet indført i modellen som kontrol variable, fordi der er en forventning om, at køn og alder kan have betydning dels direkte for den sociale eksklusion, samt at de endvidere kan forklare

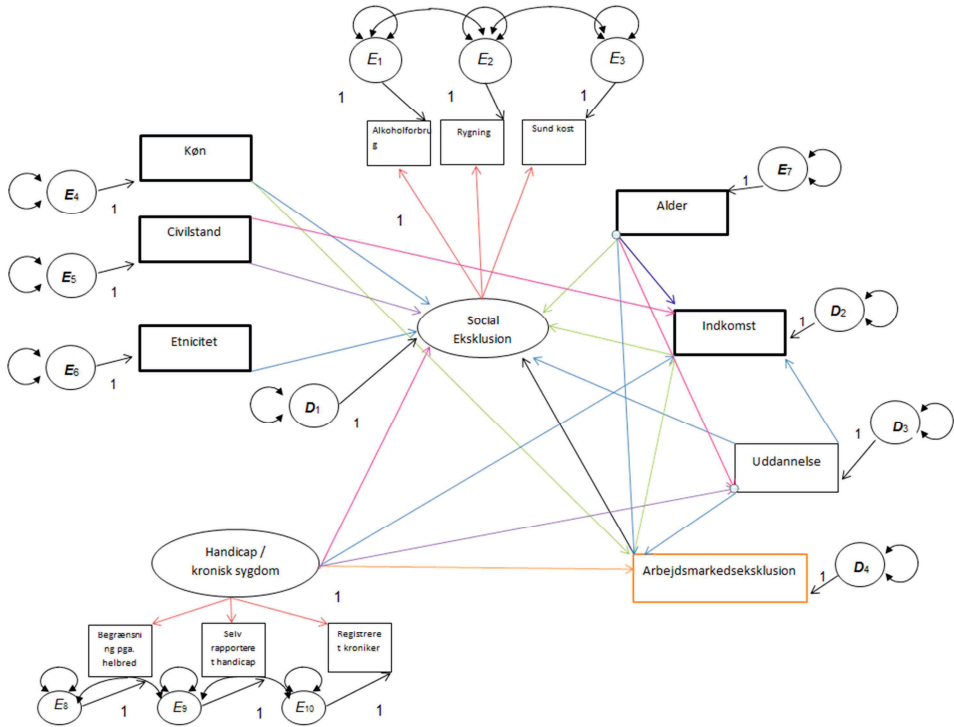
noget af variansen på enkelte af modellens øvrige variable. Det betyder at køn og alder er inddraget i modellen som uafhængige variable. Variablen køn er i modellen dels indført som en direkte effekt på den sociale eksklusion, men da man teoretisk og empirisk kan argumentere for, at køn også kan have betydning for flere af modellens øvrige variable, arbejdsmarkedseksklusion, indkomst og uddannelse, er modellen kørt i flere versioner, hvor der også er tilføjet effekter fra køn til disse variable. På baggrund af resultaterne fra de forskellige versioners fit statistics, forklaringskraft og effekter, er der i den endelige model valgt også at tilføje en direkte effekt fra køn til arbejdsmarkedseksklusion. Dette er valgt fordi køn, som det vil blive gennemgået senere, har en central betydning i forhold til den sociale eksklusion og den indirekte effekt igennem arbejdsmarkedseksklusion, og har derfor vist sig relevant at medtage.

Alder er igen medtaget dels som en direkte kontrol på social eksklusion, men derudover er der også tilføjet effekter fra alder til henholdsvis uddannelse, indkomst og arbejdsmarkedseksklusion med samme begrundelse som i forbindelse med modellen over de psykologiske aspekter af den individuelle dimension.

Familiens indkomst er i modellen tilføjet som en mellemkommende variabel, der er påvirket dels af handicap og kronisk sygdom men også af alder, uddannelsesniveau og arbejdsmarkedseksklusion, med samme argumentation som tilfældet var i forbindelse med de psykologiske aspekter af den individuelle dimension.

Etnicitet og civilstand er i modellen tilføjet som uafhængige variable, der dels indvirker direkte på social eksklusion, og for civilstands vedkommende, også indvirker på familiens indkomst.

Figur 6.16: Den endelige model, de livsstilmæssige aspekter af den individuelle dimension af sociale eksklusion



#### 6.4.1 ANALYSE AF MODEL FIT IV

Betragtes modellens fit statistics (figur 6.17), ses det at modellen samlet set er signifikant ved et signifikansniveau på 0.000.  $\chi^2$  testen giver således ingen indikationer på problemer med modellens fit i forhold til stikprøvens data. Modellens RMSEA har en værdi på 0.064, hvilket er en smule højere end den tilsvarende værdi for udgangspunktsmodellen, der lå på 0.049, samt en smule højere end den ideelle max værdi på 0.05. RMSEA værdien for den endelige model er dog

kun en anelse højere end idealet og stadig langt fra en værdi på 0.1 som ville tale for en forkastelse af modellen.

Omvendt er modellens CFI værdi en lille smule lavere end den tilsvarende værdi for udgangspunktsmodellen og en smule lavere end den ideelle minimumsværdi på 0.95. Til gengæld er modellens SRMR med en værdi på 0.035 betydeligt lavere end den maximale acceptable værdi på 0.1.

*Figur 6.17: Fit statistics, den endelige model over de livsstilsmæssige aspekter af den individuelle dimension af social eksklusion*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.064
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.910
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.035

Selvom to af de fire fit statistics værdier ikke helt rammer det ideelle niveau, vurderes det ikke som et tilstrækkeligt argument for at forkaste modellen til fordel for den noget simplere udgangspunktsmodel. Dels er begge værdier ikke langt fra idealet, dels er de øvrige to værdier, chi<sup>2</sup> og SRMR langt bedre end påkrævet og sidst men ikke mindst er de teoretiske specifikationer og argumenter for den endelige model mere præcise.

#### 6.4.2 ANALYSE AF MODELLENS FORKLARINGSKRAFT OG SAMMENHÆNGE IV

Et andet argument for at fastholde den udbyggede, endelige model findes, når man kigger på modellens forklaringskraft. Den simple udgangspunktsmodel havde, til trods for dens gode fit statistics, en forholdsvis begrænset forklaringskraft, hvilket særligt var problematisk i forhold til modellens uafhængige variabel, den latente variabel ”social eksklusion”, hvor kun 13 % af variansen var forklaret i modellen. I tabellen, figur 6.18 herunder vises den endelige models R<sup>2</sup> værdier.

*Figur 6.18: Modellens forklaringskraft. Den endelige model, de livsstilmæssige aspekter af den individuelle dimension af social eksklusion*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians, $R^2$
<b>Individuel social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.84

Som det fremgår af figuren herover er særligt modellens forklaringskraft i forhold til den latente variabel social eksklusion steget markant fra 0.13 til 0.84. Dette betyder, at hvor den simple model kun forklarede en begrænset del af variansen på den afhængige variabel i modellen, forklarer modellen nu i stedet hele 84%, hvilket er meget højt. Målt på dette parameter er modellen således betydeligt forbedret, ligesom antagelsen om, at netop de variable, der var udeladt fra den simple udgangspunktsmodel, har væsentlig betydning for den sociale eksklusion, ser ud til at holde.

Ligeledes viser resultaterne også, at andel af forklaret varians på variabelen arbejdsmarkedseksklusion er steget fra 36 % til 49 %, og modellen forklarer således nu halvdelen af variansen på arbejdsmarkedseksklusionen, når man betragter arbejdsmarkedseksklusion som en afhængig variabel forklaret bl.a. af handicap/kronisk sygdom og uddannelse.

Udgangspunktsmodellen gav en indikation på hvilken rolle henholdsvis handicap og kronisk sygdom samt arbejdsmarkedseksklusion spiller i forhold til den individuelle, livsstilmæssige dimension af social eksklusion. Spørgsmålet er nu om disse tendenser også holder, når modellen udbygges og flere forklarende faktorer medtages i analyserne.

I tabellen, figur 6.19, herunder vises modellens effekter. Ligesom for de forgående modeller er vises der i tabellen både direkte, indirekte og totale effekter.

Figur 6.19: Modellens effekter. Log likelihood estimater. Den endelige model, de livsstilmæssige aspekter af den individuelle dimension af sociale eksklusion<sup>10</sup>

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standard fejl
<b>Direkte effekter på social eksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom**</b>	0.39	0.27	0.09
<b>Uddannelse*</b>	-0.22	-0.7	0.009
<b>Arbejdsmarkedseksklusion***</b>	-0.13	-0.05	0.03
<b>Køn*</b>	0.76	0.23	0.01
<b>Alder*</b>	-0.18	-0.08	0.009
<b>Etnicitet*</b>	-0.14	-0.06	0.01
<b>Familiens indkomst**</b>	-0.07	-0.02	0.009
<b>Civilstand*</b>	-0.25	-0.08	0.009
<b>Indirekte effekter på social eksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom****</b>	-0.07	-0.05	0.05
<b>Uddannelse***</b>	-0.007	-0.002	0.001
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	0.02	0.006	0.0005
<b>Alder****</b>	0.005	0.002	0.002
<b>Civilstand**</b>	-0.018	-0.006	0.002
<b>Køn****</b>	-0.006	-0.002	0.002
<b>Totale effekter på social eksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.32	0.23	0.05
<b>Uddannelse*</b>	-0.23	-0.07	0.009
<b>Arbejdsmarkedseksklusion***</b>	-0.11	-0.04	0.03
<b>Køn*</b>	0.75	0.23	0.01
<b>Alder*</b>	-0.18	-0.8	0.01
<b>Etnicitet*</b>	-0.13	-0.05	0.01
<b>Familiens indkomst**</b>	-0.07	-0.02	0.009
<b>Civilstand*</b>	-0.27	-0.09	0.009
<b>Direkte effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.71	1.37	0.21
<b>Uddannelse****</b>	-0.02	-0.02	0.02

<sup>10</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Alder****</b>	-0.008	-0.009	0.05
<b>Køn ***</b>	0.06	0.05	0.02
<b>Indirekte effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.01	0.02	0.002
<b>Alder*</b>	-0.02	-0.03	0.002
<b>Totale effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.71	1.37	0.21
<b>Uddannelse****</b>	-0.02	-0.02	0.02
<b>Alder****</b>	-0.008	-0.01	0.05
<b>Køn ***</b>	0.06	0.05	0.02
<b>Direkte effekter på uddannelse</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.11	-0.2	0.02
<b>Alder**</b>	0.17	0.29	0.01
<b>Direkte effekter på familiens indkomst</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom**</b>	-0.07	-0.15	0.06
<b>Uddannelse*</b>	0.13	0.13	0.01
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-0.22	-0.25	0.02
<b>Alder*</b>	-0.06	-0.08	0.02
<b>Civilstand*</b>	0.25	0.26	0.01
<b>Indirekte effekter på familiens indkomst</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.16	-0.34	0.05
<b>Uddannelse****</b>	0.004	0.004	0.005
<b>Alder****</b>	0.002	0.002	0.001
<b>Køn***</b>	-0.01	-0.01	0.005
<b>Totale effekter på familiens indkomst</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.26	-0.25	0.02
<b>Uddannelse*</b>	0.14	0.14	0.02
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-0.22	-0.25	0.02
<b>Alder*</b>	-0.06	-0.07	0.02
<b>Civilstand*</b>	0.25	0.26	0.01
<b>Køn***</b>	-0.01	-0.01	0.005

\*Signifikant på 0.0001 niveau,\*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant

Betrakter man på effekterne i tabellen herover, ses det at de sammenhænge, der kunne forventes på baggrund af resultaterne fra udgangspunktsmodellen, også ser ud til at være tilstede i den mere avancerede model. Handicap og kronisk sygdom har således også på denne dimension af social eksklusion en moderat positiv effekt helt præcist på 0.32. I takt med at graden af handicap og kronisk sygdom stiger,



stiger altså også graden af den individuelle, livsstilmæssige dimension af den sociale eksklusion.

Det omvendte gør sig gældende, når uddannelsesniveaet stiger. Her sker der samtidig et moderat fald i graden af social eksklusion (-0.23). Den stærkeste sammenhæng findes mellem køn og social eksklusion. Her ses en meget stærk positiv sammenhæng på 0.75. Da køn i datasættet er kodet således at kvinder har værdien 1 og mænd værdien 2, betyder den positive sammenhæng her, at mænd i væsentligt højere grad end kvinder scorer højt i forhold til den individuelle, livsstilmæssige dimension af social eksklusion. Mænd har altså i gennemsnit et større forbrug af tobak og alkohol og lever i det hele taget usundere end kvinder. Herudover spiller også civilstand og alder en moderat rolle. I forhold til civilstand er der tale om en moderat negativ sammenhæng (-0.27). Da enlige eller singler er kodet værdien 1 i datasættet og personer i fast parforhold er kodet til værdien 2, betyder den negative sammenhæng at enlige i gennemsnit scorer højere i forhold til den individuelle, livsstilmæssige dimension af social eksklusion end personer i et fast parforhold eller ægteskab. Effekten af alder er ligeledes moderat negativ (-0.18), hvilket betyder at graden af den sociale eksklusion falder moderat, når alderen stiger.

Mere overraskende er det, at arbejdsmarkedseksklusion har en svag negativ effekt (-0.11), når sammenhængen beregnes i en model der tager højde for flere faktor end den simple udgangspunktsmodel. Når graden af arbejdsmarkedseksklusion stiger, falder graden af den individuelle, livsstilmæssige dimension af social eksklusion. Selvom sammenhængen er svag, er retningen på den dog et overraskende resultat. Der kan naturligvis være mange forklaringer på, at sammenhængens retning vender som den gør. En forklaring kunne være, at det er dyrt at købe alkohol og tobak, og at personer uden en lønindkomst derfor forbruger lidt mindre af disse varer. Denne forklaring kan dog umiddelbart tilskrives stor betydning, da der i modellen ikke er nogen særlig effekt af familiens indkomst (-0.07). En anden forklaring kunne være, at personer i arbejde deltager hyppigere i forskellige sociale aktiviteter, herunder også sociale aktiviteter der eksempelvis involverer alkohol. Denne forklaring kan

dog, som det vil blive påvist i næste kapitel heller ikke umiddelbart støttes på baggrund af afhandlingens analyser.

På samme måde rykker arbejdsmarkedseksklusionen heller ikke i nævneværdig grad, ved effekten af kronisk sygdom og handicap på social eksklusion. Effekten falder en lille smule (med 0.07), når alle indirekte effekter medregnes, og her kan en del af det i forvejen meget lille fald i den sociale eksklusion tilskrives arbejdsmarkedseksklusionen. Dog ændrer arbejdsmarkedseksklusionen effekten af kronisk sygdom og handicap i modsat retning end forventet. Arbejdsmarkedseksklusion får nemlig en svagt mindskende effekt på sammenhængen mellem kronisk sygdom / handicap og social eksklusion, og ikke, som man kunne forvente, en forværende effekt. Der er dog tale om meget små ændringer, og derfor ikke noget der bør drages omfattende konklusioner på baggrund af.

Ligesom resultatet af udgangspunktsmodellen viste, viser også den endelige model at handicap og kronisk sygdom har en svag negativ effekt (-0.11) på uddannelsesniveaut. Igen skal det fremhæves, at populationen af kronisk syge og handicappede i denne undersøgelse medtager alle kronisk syge og handicappede, og en relativ stor andel, vil alt andet lige først være blevet ramt af sygdom relativt sent i livet, hvorfor sygdommen ikke har forhindret dem i at tage en uddannelse. Udover handicap og kronisk sygdom spiller også alder en rolle i forhold til uddannelsesniveau. Her er effekten dog moderat positiv (0.17), således at uddannelsesniveaut stiger i takt med alderen.

De sidste effekter modellen beregner er effekterne på familiens indkomst. Her spiller både handicap og kronisk sygdom (-0.26) samt arbejdsmarkedseksklusion (-0.22) en moderat negativ rolle. Ligesom det var tilfældet i modellen i afsnit 6.2 er handicap og kronisk sygdoms effekt først og fremmest indirekte gennem bl.a. arbejdsmarkedseksklusion og uddannelse. Den direkte effekt af handicap og kronisk sygdom på indkomst er kun på -0.07, men når man medtager handicap og kronisk sygdoms effekt på de øvrige variable, der har betydning for indkomsten, stiger effekten til -0.26.

Udover handicap og kronisk sygdom og arbejdsmarkedseksklusion har civilstand (0.25) og uddannelse (0.14) også en henholdsvis moderat og svagere positiv effekt. Ikke overraskende har civilstand en hvis betydning for familiens indkomst, ligesom det heller ikke overrasker at uddannelse virker positiv på indkomst.

### **6.4.3 OPSAMLING**

Analysen af den individuelle, livsstilmæssige dimension af social eksklusion viste ganske overraskende at arbejdsmarkedseksklusion ikke forværrer den sociale eksklusion målt som den individuelle livsstil. Faktisk er der en svag negativ direkte effekt af arbejdsmarkedseksklusion på social eksklusion, som indikerer at der er en svag tendens til, at personer med en stærk tilknytning til arbejdsmarkedet har et lidt højere forbrug af alkohol, tobak og usund kost end personer med en svag tilknytning til arbejdsmarkedet. Effekten er ganske vist svag, og skal derfor ikke tillægges stor værdi. Det centrale er derimod, at antagelsen om, at personer der marginaliseres på arbejdsmarkedet skulle opleve en livsstilmæssig deroute med et øget forbrug af eksempelvis alkohol og cigaretter, ikke kan støttes. På samme måde kan resultaterne heller ikke støtte forestillingen om, at øget deltagelse på arbejdsmarkedet vil mindske den livstilmæssige, sociale eksklusion. Arbejdsmarkedseksklusion ændrer stort set ikke ved sammenhængen mellem kronisk sygdom/handicap og deln livstilmæssige sociale eksklusion, og den lille ændring der trods alt er, har omvendt fortegn.

Det man derimod kan sige på baggrund af resultaterne er, at handicap og kronisk sygdom har en central betydning både for den enkeltes livsstil, uddannelsesniveau, indkomst og arbejdsmarkedstilknytning. Det store problem tyder altså ikke på at være social eksklusion af personer udenfor arbejdsmarkedet, men derimod social eksklusion af kronisk syge og handicappede.

## **6.5 INDIVIDUELLE KAPABILITETER**

Analyserne af kapitlets første modeller, viste med stor tydelighed, at handicap og kronisk sygdom spiller en central rolle i forhold til den individuelle dimension af social eksklusion, mens arbejdsmarkedseksklusion omvendt ikke har nogen

nævneværdig effekt på den individuelle dimension af social eksklusion. Kapitlets første modeller, måler imidlertid primært de faktiske functionings i forhold til den individuelle dimension af social eksklusion, og medtager ikke direkte sondringen mellem kapabiliteter og functionings. Selvom analysernes resultater giver et ganske tydeligt og entydigt resultat, kan de således særligt i forhold til de livsstilmæssige aspekter kritiseres for ikke tage højde for, i hvor høj grad livsstilen er et udtryk for et tilvalg eller et resultat af manglende muligheder eller forudsætninger til at ændre den. I forhold til de psykologiske aspekter er det derimod lidt mere kompleks at skelne mellem functionings og kapabiliteter. Hvor det at have et givent forbrug af eksempelvis alkohol eller fastfood både kan opleves positivt og negativt afhængig af kontekst og præferencer, er eksempelvis stres og oplevelsen af belastning og magtesløshed i langt højere grad en tilstand der, alt andet lige, altid vil opleves negativt. Derfor fokuserer analyserne i dette afsnit først og fremmest på at analysere kapabiliteterne i forhold til de livsstilmæssige aspekter, eller sagt på en anden måde analysere i hvor høj grad livsstilen tyder på, at være et resultat af valg og præferencer eller et resultat af egentlig eksklusion og manglende muligheder for at agere anderledes.

Som det er beskrevet i afhandlingens metode kapitel, er analyserne udfordret af, at der er noget mere begrænsede data på kapabilitetsniveauet end der er i forhold til de faktiske functionings. Det betyder, at det ikke har været muligt at konstruere en samlet latent variabel over den livsstilmæssige kapabilitet, men at analyserne i stedet må foretages med enkelt items som afhandlingens afhængige variabel. Dette forventes at påvirke modellernes forklaringskraft i forhold til den afhængige variabel betydeligt. Man kunne have valgt at slække på kravene til data når en latent variabel skal konstrueres, eksempelvis bløde op for kravet om de anvendte items skal kunne antages at være kontinuerlige, men det ville kunne svække modellernes pålidelighed. På det grundlag er det valgt, at en begrænset forklaringskraft er det mindste af to onder.

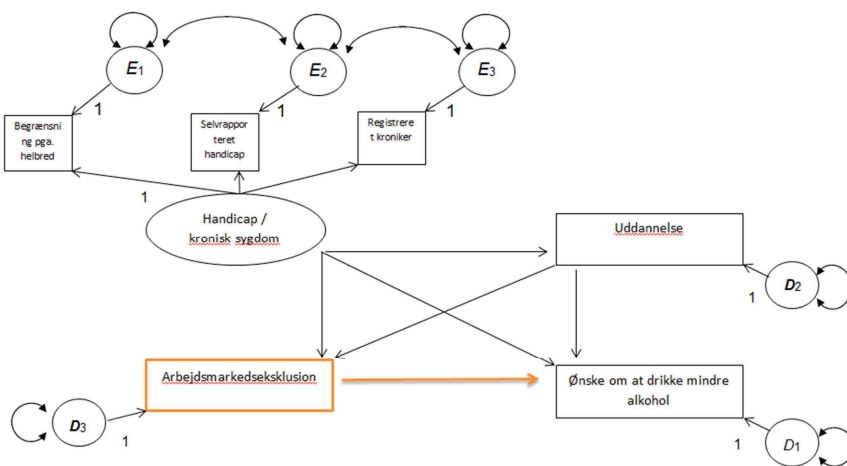
Analyserne i dette afsnit vil således være selvstændige analyser af henholdsvis ønsket om rygestop, ønsket om et mindre forbrug af alkohol og ønsket om at ændre kostvaner og spise sundere. Alle tre analyser er bygget op omkring de samme to

modeller, henholdsvis en udgangspunktsmodel og en endelig model. I denne analyse del vil udgangspunktsmodellerne for hvert af de tre aspekter være identiske med undtagelse af forskellige afhængige variable, og det samme vil i dette tilfælde også gøre sig gældende for de endelige modeller. Derfor vil modellerne blive gennemgået samlet indledningsvis, hvorefter resultaterne for hver af de tre aspekter vil blive gennemgået separat.

### 6.5.1 KAPABILITETSMODELLERNE

Udgangspunktet for hver af de tre analyser er en relativt simpel model, hvor sammenhængen mellem handicap og kronisk sygdom, uddannelse, arbejdsmarkedseksklusion og ønsket om at ændre livstil undersøges. Modellen køres som beskrevet ovenfor i tre versioner hvor ”ønsket om at ændre livsstil” operationaliseres som henholdsvis ønsket om at drikke mindre alkohol, ønsket om at stoppe med at ryge og ønsket om at ændre kostvaner. Herunder i figur 6.20 vises som eksempel modellen hvor ønsket om at drikke mindre alkohol er modellens afhængige variabel. Udgangspunktsmodellerne er mere detaljeret beskrevet i kapitel 4.

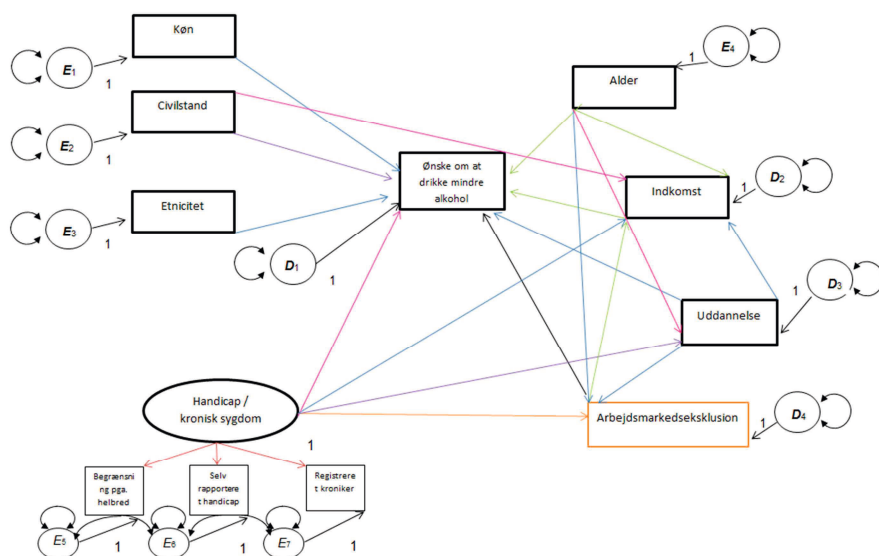
Figur 6.20: Eksempel på udgangspunktsmodel over individuel, livsstilmæssig kapabilitet



Modellen kan, præcis som kapitlets øvrige udgangspunktsmodeller kritiseres for at være for simple og udelade variable, der forventelig vil have en del forklaringskraft i forhold til den afhængige variabel. Igen er formålet med udgangspunktsmodellerne blot at danne et grundlag for analyserne, og skal således ikke ses som det endelige resultat.

Modellerne er derfor videreudviklet, så de udover de fire variable i udgangspunktsmodellen også medtager køn, alder, civilstand, etnicitet og familiens indkomst (se figur 6.21 herunder).

*Figur 6.21: Eksempel på en endelig model over individuel, livsstilmæssig kapabilitet*



Modellen herover er et eksempel på, hvordan de endelige modeller for hvert af de tre aspekter ser ud. Modellerne er identiske for de tre aspekter med undtagelse naturligvis af, at den afhængige variabel i midten af modellen ændres. Modellen i figur 6.18 ligner overordnet set de øvrige endelige modeller i dette kapitel. Forskellen er dog her, at den afhængige variabel er en observeret variabel og ikke

en latent variabel, og at den afhængige variabel derfor kun udgøres af et enkelt item. Argumentationen for placeringen af de forskellige variable i modellen er således overordnet set den samme, som gjorde sig gælden de for de to forgående modeller.

Ser man på modellen ses det, at fra variablene køn og etnicitet kun går en enkelt direkte effekt på den afhængige variabel, der i det konkrete eksempel er et mål for ønsket om at drikke mindre alkohol. For variabelen civilstand, som også er en uafhængig variabel, udregner modellen en direkte effekt på såvel ønsket om at drikke mindre alkohol som på familiens indkomst. Ligeledes udregnes der for alder, der også er en uafhængig variabel, udover den direkte effekt på ønsket om at drikke mindre alkohol også en direkte effekt på uddannelse, arbejdsmarkedseksklusion og familiens indkomst. Familiens indkomst, der i modellen er en mellemkommende variabel, påvirkes direkte af effekter fra arbejdsmarkedseksklusion, kronisk sygdom og handicap, uddannelse, alder og civilstand.

### **6.5.2 LIVSSTILSÆNDRING, ALKOHOL FORBRUG**

Ser vi i første omgang for resultaterne for analyserne af udgangspunktsmodellen for sammenhængen mellem handicap og kronisk sygdom, arbejdsmarkedseksklusion og ønsket om at nedsætte sit alkoholforbrug, så viser resultatet et glimrende model fit. Den simple model korresponderer altså rigtig fint med stikprøvens data. Modellen er signifikant ved et niveau på 0.0001, dens RMSEA værdi ligger på 0.037 og er således langt under den ideelle max værdi på 0.05. Dens CFI værdi ligger på hele 0.995 og altså et godt stykke over den ideelle minimumsværdi på 0.95 og dens SRMR er på 0.010 og dermed langt under den maximalt acceptable værdi på 0.1. Alt i alt indikerer modellens fit statistics ingen problemer med modellens fit. Når modellens residualer tjekkes<sup>11</sup>, er der ligeledes heller ingen tegn på problemer.

---

<sup>11</sup> *Modellernes residualer fremsendes på forespørgsel*

Figur 6.22: Udgangspunktsmodellens fit statistics, livsstilsændring, alkoholforbrug

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.064
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.910
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.035

Problemer kommer imidlertid når man evaluerer modellens forklaringskraft, som ses i figur 6.23 herunder. Modellen forklarer ganske vist en relativt stor andel, 42 %, af variansen på den mellemkommende variabel arbejdsmarkedseksklusion, der også kan batragtes som en afhængig variabel forklaret af handicap / kronisk sygdom og uddannelse. Men når vi ser på forklaringskraften i forhold til den afhængige variabel, der måler ønsket om at nedsætte alkoholforbruget, og som er den variabel, det er meningen modellen skal forklare, så forklarer modellen kun 2 % af variansen. Det er ganske lavt.

Figur 6.23: Modellens forklaringskraft. Udgangspunktsmodellen, alkoholforbrug

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians, R <sup>2</sup>
<b>Nedsættelse af alkoholforbrug</b>	Observeret, afhængig	0.02

Ser vi hernæst på resultaterne af de effekter modellen er blevet bedt om at udregne, er effekterne ligesom R<sup>2</sup> værdierne ikke overvældende høje. De to ting hænger naturligvis sammen, idet en model med en lav forklaringskraft ofte heller ikke viser voldsomt stærke effekter. Effekterne ses i figur 6.24 herunder.



Figur 6.24: Modellens effekter. Log likelihood estimator. Kapabilitetsperspektivet, udgangspunktsmodel, alkoholforbrug<sup>12</sup>

Parameter	Standardisere t koefficient	Ustandardisere t koefficient	Standar d fejl
Direkte effekter på nedsættelse af alkoholforbrug			
<b>Handicap / kronisk sygdom****</b>	-0.19	0.46	0.02
<b>Uddannelse****</b>	-0.004	0.003	0.004
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*** *</b>	0.09	-0.1	0.007
Indirekte effekter på nedsættelse af alkoholforbrug			
<b>Handicap / kronisk sygdom****</b>	0.06	0.14	0.005
<b>Uddannelse****</b>	-0.002	-0.002	0.0003
Totale effekter på nedsættelse af alkoholforbrug			
<b>Handicap / kronisk sygdom***</b>	-0.13	-0.32	0.02
<b>Uddannelse***</b>	-0.007	-0.006	0.005
<b>Arbejdsmarkedseksklusion***</b>	0.09	0.11	0.007
Direkte effekter på arbejdsmarkedseksklusion			
<b>Handicap / kronisk sygdom**</b>	0.65	1.28	0.02
<b>Uddannelse***</b>	-0.02	0.02	0.009
Indirekte effekter på arbejdsmarkedseksklusion			
<b>Handicap / kronisk sygdom****</b>	0.002	0.004	0.001
Totale effekter på arbejdsmarkedseksklusion			
<b>Handicap / kronisk sygdom**</b>	0.64	1.28	0.02
<b>Uddannelse***</b>	-0.02	-0.02	0.009
Direkte effekter på uddannelse			
<b>Handicap / kronisk sygdom***</b>	-0.1	-0.23	0.02

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke  
signifikant

<sup>12</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

Da effekterne i modellen generelt er begrænsede, vil kun de stærkeste effekter på henholdsvis ønsket om at nedsætte forbruget af alkohol og arbejdsmarkedseksklusion blive gennemgået. De øvrige effekter vil ikke blive særskilt analyseret.

Betragter vi først på ønsket om at nedsætte forbruget af alkohol, så er der her en svag negativ effekt (-0.13) af handicap og kronisk sygdom. Det index, der i modellen anvendes til at måle ønsket om at nedsætte forbruget af alkohol, er kodet således at når værdien af indexet stiger, så falder ønsket om at nedsætte forbruget. Det betyder at en negativ effekt af handicap og kronisk sygdom i skal tolkes på den måde, at når graden af handicap stiger, så stiger også ønsket om at nedsætte forbruget af alkohol svagt. Det peger således på, at kronisk syge og handicappede generelt er lidt mere utilfredse med deres forbrug af alkohol end gennemsnittet. Effekten af arbejdsmarkedseksklusion er til gengæld meget lav (0.09), men positiv. Der er altså en, om end ganske svag, tendens til, at personer der i højere grad er ekskluderet fra arbejdsmarkedet i mindre grad er utilfredse med deres forbrug af alkohol. På den anden side ændrer arbejdsmarkedseksklusionen ikke markant sammenhængen mellem kronisk sygdom og handicap og social eksklusion. Sammenhængen bliver en smule svagere, når indirekte effekter gennem arbejdsmarkedseksklusion og uddannelse medregnes, men der er tale om en meget begrænset ændring, der kun delvist kan tilskrives arbejdsmarkedseksklusion.

Ligeledes indikerer resultaterne af udgangspunktsmodellen også, at handicap og kronisk sygdom har en central betydning for, i hvor høj grad man ekskluderes fra arbejdsmarkedet, præcis som kapitlets forgående modeller også viste.

Da udgangspunktsmodellen er simpel og dens forklaringskraft og effekter lave, foretages analysen også på den mere avancerede model vist i figur 6.18. Denne model opnår også et ganske fint model fit, hvor samtlige af værdierne for modellens fit statistics holder sig indenfor de ønskede værdier (se figur 6.25 herunder).

Figur 6.25: Den endelige model, fit statistics, livsstilsændring, alkoholforbrug

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.059
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.95
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.023

Desværre øges modellens forklaringskraft ikke markant (se figur 6.26). Selvom det var forventet at modellen ville have en lavere forklaringskraft end modellerne i kapitlets første halvdel grundet dataenes begrænsning, så er her tydelige indikationer på, at ønsket om at nedsætte alkoholforbruget ikke kun kan forklares af de variable, der medtages i denne analyse. En sandsynlig forklaring er, at hvorvidt man ønsker at nedsætte sit alkoholforbrug er meget afhængig dels af konteksten der spørges i og af måden, der spørges på, og dels af række mere komplekse forklaringer som ikke lader sig indfange i et spørgeskema. Til gengæld har modellen en fornuftig forklaringskraft når man kigger på arbejdsmarkedseksklusion, når denne betragtes som en afhængig variabel forklaret af bl.a. kronisk sygdom og handicap.

Figur 6.26: Modellens forklaringskraft. Den endelige model, alkoholforbrug

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians, R <sup>2</sup>
<b>Nedsættelse af alkohol forbrug</b>	Observeret, afhængig	0.06

Figur 6.27 herunder viser de i modellen beregnede effekter. Tabellen viser både direkte, indirekte og totale effekter. Selvom der i modellen tegner sig et mønster som på mange måder ligner det mønster, som er gået igen igennem kapitlets analyser, så er effekterne i de fleste tilfælde moderate eller begrænsede.

Figur 6.27: Modellens effekter. Log likelihood estimater. Kapabilitetsperspektivet, endelig model, alkoholforbrug<sup>13</sup>

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standard fejl
Direkte effekter på nedsættelse af alkoholforbrug			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.18	-0.34	0.06
<b>Uddannelse*</b>	-0.05	-0.05	0.01
<b>Arbejdsmarkedseksklusion***</b>	0.04	0.02	0.02
<b>Køn*</b>	-0.14	-0.14	0.009
<b>Alder*</b>	0.06	0.09	0.02
<b>Etnicitet****</b>	-0.01	-0.02	0.02
<b>Familiens indkomst***</b>	-0.03	-0.03	0.01
<b>Civilstand*</b>	0.1	0.08	0.01
Indirekte effekter på nedsættelse af alkoholforbrug			
<b>Handicap / kronisk sygdom***</b>	-0.02	-0.04	0.02
<b>Uddannelse**</b>	-0.006	-0.006	0.002
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	0.006	0.007	0.0004
<b>Alder**</b>	0.005	0.007	0.002
<b>Civilstand***</b>	-0.006	-0.006	0.003
Totale effekter på nedsættelse af alkoholforbrug			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.16	-0.29	0.04
<b>Uddannelse*</b>	-0.06	-0.06	0.01
<b>Arbejdsmarkedseksklusion***</b>	0.04	0.04	0.01
<b>Køn*</b>	-0.15	-0.15	0.01
<b>Alder*</b>	0.08	0.09	0.02
<b>Etnicitet****</b>	-0.01	-0.02	0.01
<b>Familiens indkomst**</b>	-0.03	-0.03	0.01
<b>Civilstand*</b>	0.08	0.08	0.01
Direkte effekter på arbejdsmarkedseksklusion			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.53	0.85	0.09
<b>Uddannelse*</b>	-0.07	-0.06	0.01

<sup>13</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Alder*</b>	0.1	0.11	0.02
<b>Indirekte effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.01	0.02	0.002
<b>Alder*</b>	-0.02	-0.03	0.002
<b>Totale effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.53	0.85	0.09
<b>Uddannelse*</b>	-0.07	-0.06	0.01
<b>Alder*</b>	-0.008	-0.01	0.05
<b>Direkte effekter på uddannelse</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.12	-0.2	0.02
<b>Alder**</b>	0.14	0.26	0.01
<b>Direkte effekter på familiens indkomst</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom**</b>	-0.06	-0.1	0.03
<b>Uddannelse*</b>	0.12	0.12	0.009
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-0.23	-0.26	0.02
<b>Alder*</b>	0.06	0.08	0.01
<b>Civilstand*</b>	0.08	0.08	0.01
<b>Indirekte effekter på familiens indkomst</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.12	-0.22	0.02
<b>Uddannelse*</b>	0.02	0.02	0.003
<b>Alder*</b>	-0.03	-0.007	0.002
<b>Totale effekter på familiens indkomst</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.17	-0.32	0.04
<b>Uddannelse*</b>	0.14	0.14	0.01
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-0.23	-0.26	0.02
<b>Alder*</b>	-0.08	-0.11	0.02
<b>Civilstand*</b>	0.26	0.25	0.01

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant

Ser vi på effekterne på ønsket om at nedsætte alkoholforbruget, så er der en svagere effekt af handicap og kronisk sygdom samt af køn. De øvrige variable har ingen nævneværdig effekt, hvilket også gælder arbejdsmarkedseksklusion, der hverken har en direkte effekt, eller ændrer noget nævneværdigt ved effekten af kronisk sygdom og handicap.

Igen har personer med handicap og kronisk sygdom et lidt højere ønske om at nedsætte forbruget af alkohol, ligesom også kvinder i lidt højere grad end mænd ønsker at begrænse deres forbrug af alkohol. Selvom effekterne ikke er

overvældende passer de på mange måder godt sammen med de mønstre, der blev fundet i forhold til analyserne af den faktiske livsstil i afsnit 6.3. Her var også handicap og kronisk sygdom den centrale variabel, og personerne havde generelt en livsstil med bl.a. et højere forbrug af alkohol end gennemsnittet. Resultatet her peger således på, at alkoholforbruget blandt kronisk syge og handicappede ikke blot er et resultat af præferencer eller bevidste tilvalg, men at livsstilen i hvert fald i forhold til forbrug af alkohol er noget, man i et vist omfang gerne ville ændre. Går denne tendens igen i de sidste to modeller, kan man således tale om at livsstilen ikke kun er et resultat af personlige tilvalg, men at den også i et vist omfang kan ses som et resultat af manglende muligheder for at vælge anderledes. Hvad enten disse manglende muligheder så skyldes strukturelle begrænsninger eller manglende forudsætninger hos den enkelte.

### 6.5.3 LIVSSTILSÆNDRING, RYGNING

Det andet af de tre mål for ønsket om en livsstilsændring handler om, i hvor høj grad man ønsker at stoppe med at ryge.

Præcis som for de forgående analyser i kapitlet er modellen kørt i to versioner – en indledende udgangspunktsmodel samt en mere omfattende endelig model. Betragter vi først resultaterne fra udgangspunktsmodellen (figur 6.28), korresponderer modellen fint med stikprøvens data. Alle fit statistics ligger indenfor de ideelle grænseværdier og modellen er signifikant ved et signifikansniveau på 0.000. Der er således ingen tegn på problemer her.

*Figur 6.28: Udgangspunktsmodellens fit statistics, livsstilsændring, rygestop*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.053
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.992
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.015

Men ligesom for modellen over ønsket om at nedsætte alkoholforbruget, kommer problemerne når vi kigger på modellens forklaringskraft (figur 6.29). Selvom modellen forklarer en stor andel af arbejdsmarkedseksklusionen (65 %), når denne variabel betragtes som en afhængig variabel forkalret af handicap / kronisk sygdom og uddannelse, så har modellen en meget begrænset forklaringskraft i forhold til ønsket om rygestop.

*Figur 6.29: Modellens forklaringskraft. Udgangspunktsmodellen, rygestop*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians, $R^2$
<b>Rygestop</b>	Observeret, afhængig	0.03

Til gengæld viser modellens beregnede effekter en lidt tydeligere tendens, end tilfældet var for modellen over ønsket om at nedsætte forbruget af alkohol. Figur 6.30 herunder viser de i modellen beregnede effekter, direkte, indirekte såvel som totale.

Figur 6.30: Modellens effekter. Log likelihood estimer. Kapabilitetsperspektivet, udgangspunktsmodel, rygestop<sup>14</sup>

Parameter	Standardisere t koefficient	Ustandardisere t koefficient	Standar d fejl
<b>Direkte effekter på rygestop</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom****</b>	-0.26	-0.57	0.06
<b>Uddannelse****</b>	-0.05	-0.05	0.04
<b>Arbejdsmarkedseksklusion***</b>	0.27	0.26	0.008
<b>Indirekte effekter på rygestop</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom****</b>	-0.22	-1.05	0.9
<b>Uddannelse****</b>	-0.002	-0.002	0.03
<b>Totale effekter på rygestop</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom***</b>	-0.48	-0.87	0.02
<b>Uddannelse***</b>	-0.05	-0.06	0.005
<b>Arbejdsmarkedseksklusion***</b>	0.07	0.07	0.007
<b>Direkte effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom**</b>	0.81	1.74	0.7
<b>Uddannelse***</b>	-0.01	-0.01	0.04
<b>Indirekte effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom****</b>	0.002	0.004	0.001
<b>Totale effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom**</b>	0.81	1.73	0.9
<b>Uddannelse***</b>	-0.07	-0.06	0.07
<b>Direkte effekter på uddannelse</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom***</b>	-0.1	-0.23	0.02

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\*\*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant

<sup>14</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.



Resultatet af de indledende analyser af sammenhængen mellem ønsket om rygestop, kronisk sygdom og handicap og arbejdsmarkedseksklusion peger overordnet set mod samme tendens som set i kapitlets øvrige analyser. Handicap og kronisk sygdom spiller en central rolle i forhold til eksklusion fra arbejdsmarkedet (her er der tale om en stærk effekt på 0.81) samt en mindre rolle i forhold til uddannelsesniveau (-0.1). Ligeledes har handicap og kronisk sygdom også en stærk negativ effekt på variabelen rygestop. Da rygestop er kodet således at intet ønske om rygestop scorer en høj værdi mens et stærkt ønske om rygestop scorer en lav værdi, betyder den negative sammenhæng, at når graden af handicap og kronisk sygdom stiger, så stiger ønsket om at stoppe med at ryge også moderat. Selvom der er en direkte positiv effekt af arbejdsmarkedseksklusion på ønsket om rygestop, som i første omgang indikere at personer, der har en stærk tilknytning til arbejdsmarkedet i mindre omfang ønsker at stoppe med at ryge, så forsvinder effekten, når den indirekte effekt af kronisk sygdom og handicap på arbejdsmarkedseksklusion medregnes. De første tendenser på baggrund af denne indledende model peger således også på, at kronisk syge og handicappede ikke blot ryger lidt mere end gennemsnittet som vist i afsnit 6.4. De ønsker også i væsentligt større omfang end gennemsnittet at ændre rygevaner. Arbejdsmarkedseksklusion ændrer ikke ved denne sammenhæng.

Udgangspunktsmodellens forklaringskraft er imidlertid begrænset, og teoretisk kan den kritiseres for at være for simpel. Modellen er således fuldstændig på samme måde som de øvrige modeller også lavet en i en mere avanceret udgave, hvor flere variable er inkluderet.

Denne udvidede model korresponderer ligesom udgangspunktsmodellen rigtig fint med stikprøvens data. Modellen er signifikant på 0.000 niveau og alle modellens fit statistics ligger indenfor de ideelle grænseværdier (se figur 6.31).

Figur 6.31: Den endelige model, fit statistics, livsstilsændring, rygestop

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.060
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.958
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.025

Desværre er modellens forklaringskraft ikke synderligt forbedret, og ligesom det gjorde sig gældende for de tilsvarende modeller med ønsket om at nedsætte alkoholforbruget som uafhængig variabel, er der også i forhold til ønsket om rygestop tydelige indikationer på, at ønsket om rygestop ikke alene kan forklares af de variable, der er tilgængelige for denne analyse (se figur 6.32).

Figur 6.32: Modellens forklaringskraft. Den endelige model, rygestop

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Rygestop</b>	Observeret, afhængig	0.03

At forklaringskraften i modellen, særligt i forhold til at kunne forklare ønsket om rygestop, afspejles også når man kigger på modellens beregnede effekter. Her er den eneste variabel, der har en svag effekt på ønsket om rygestop alder, der har en svagt positiv effekt, hvilket skal tolkes således at når alderen stiger, stiger også ønsket om at stoppe med at ryge svagt. De øvrige variable har ingen nævneværdig effekt.

Figur 6.33: Modellens effekter. Log likelihood estimator. Kapabilitetsperspektivet, endelig model, rygestop<sup>15</sup>

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standard fejl
<b>Direkte effekter på Rygestop</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom**</b>	-0.09	-0.12	0.05
<b>Uddannelse***</b>	-0.05	-0.06	0.02
<b>Arbejdsmarkedseksklusion**</b>	0.08	0.08	0.03
<b>Køn****</b>	0.2	0.2	0.02
<b>Alder*</b>	0.11	0.14	0.03
<b>Etnicitet*****</b>	-0.01	-0.02	0.03
<b>Familiens indkomst*****</b>	-0.007	0.008	0.02
<b>Civilstand***</b>	-0.05	-0.05	0.02
<b>Indirekte effekter på Rygestop</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom***</b>	0.04	0.06	0.03
<b>Uddannelse**</b>	-0.008	-0.01	0.004
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	0.002	0.002	0.0002
<b>Alder**</b>	0.02	0.02	0.007
<b>Civilstand****</b>	0.002	0.002	0.008
<b>Totale effekter på Rygestop</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom***</b>	-0.06	-0.07	0.05
<b>Uddannelse**</b>	-0.06	-0.06	0.02
<b>Arbejdsmarkedseksklusion**</b>	0.08	0.08	0.03
<b>Køn****</b>	0.02	0.02	0.02
<b>Alder*</b>	0.12	0.16	0.03
<b>Etnicitet*****</b>	-0.01	-0.02	0.03
<b>Familiens indkomst**</b>	0.07	0.007	0.03
<b>Civilstand***</b>	-0.04	-0.04	0.01
<b>Direkte effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			

<sup>15</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.51	0.72	0.13
<b>Uddannelse*</b>	-0.12	-0.14	0.02
<b>Alder*</b>	0.2	0.28	0.04
<b>Indirekte effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.01	0.02	0.002
<b>Alder*</b>	-0.03	-0.03	0.002
<b>Totale effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.51	0.73	0.14
<b>Uddannelse*</b>	-0.12	-0.13	0.02
<b>Alder*</b>	0.2	-0.28	0.04
<b>Direkte effekter på uddannelse</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.12	-0.2	0.02
<b>Alder**</b>	0.14	0.26	0.01
<b>Direkte effekter på familiens indkomst</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom**</b>	-0.03	-0.04	0.03
<b>Uddannelse*</b>	0.07	0.08	0.02
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-0.29	-0.26	0.02
<b>Alder*</b>	-0.07	-0.09	0.02
<b>Civilstand*</b>	0.36	0.3	0.02
<b>Indirekte effekter på familiens indkomst</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.15	-0.19	0.03
<b>Uddannelse*</b>	0.03	0.03	0.007
<b>Alder*</b>	-0.06	-0.07	0.001
<b>Totale effekter på familiens indkomst</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.18	-0.22	0.02
<b>Uddannelse*</b>	0.11	0.11	0.02
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-0.29	-0.26	0.02
<b>Alder*</b>	-0.13	-0.16	0.03
<b>Civilstand*</b>	0.36	0.3	0.02

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\*\*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke

signifikant

For de øvrige sammenhænge i modellen tegner der sig dog samme billede, som vi har set gennem hele kapitlet. Handicap og kronisk sygdom spiller en central rolle for arbejdsmarkedseksklusionen (0.51), og ad den vej får handicap og kronisk sygdom også en indirekte effekt på familiens indkomst, der netop påvirkes af graden af arbejdsmarkedseksklusion.

Modellens resultater kan således bekræfte billedet af handicap og kronisk sygdom som afgørende i forhold til arbejdsmarkedseksklusion og indkomst, men analysen giver ikke belæg for at konkludere at de personer, der faktisk ryger mest også er dem, der har det største ønske om at stoppe med at ryge, hvilket også gælder for kronisk syge og handicappede. Rygevaner alene er således et dårligt mål i forhold til social eksklusion og eksklusion, idet rygning i højere grad end alkoholvaner og, som det vil blive vist i næste afsnit, kostvaner ser ud til at være et spørgsmål om valg og præferencer.

### 6.5.4 LIVSTILSÆNDRING, KOSTVANER

Det sidste mål for ønsket om livsstilsændring handler om tilfredsheden med egne kostvaner og vægt. Denne model er også kørt i to versioner. En simpel udgangspunktsmodel samt en mere avanceret endelig model.

Betragter vi først på udgangspunktsmodellen, korresponderer den rigtig fint med stikprøvens data. Modellen er signifikant ved 0.000 niveau og alle fit statistics betydeligt bedre end de ideelle minimums / maksimumværdier (se figur 6.34).

*Figur 6.34: Udgangspunktsmodellens fit statistics, livsstilsændring, kostændring*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.035
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.996
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.009

Ser vi hernæst på modellens forklaringskraft er den stadig lav sammenlignet med eksempelvis modellen over de samlede individuelle, livsstilmæssige aspekter af den sociale eksklusion, målt som konkrete functionings (afsnit 6.3.2). Men sammenlignet med modellerne i de to forgående afsnit, er forklaringskraften i forhold til den afhængige variabel mere end fordoblet. Det er forventeligt at

forklaringskraften vil være mindre i en model hvor den uafhængige variabel er reduceret til en enkelt observeret variabel fremfor en samlet latent variabel. Den simple udgangspunktsmodel forklarer således 13 % af variansen på den afhængige variabel, ønske om kostændring (se figur 6.35), og 38 % af variansen på den mellemkommende variabel<sup>16</sup> arbejdsmarkedseksklusion.

*Figur 6.35: Modellens forklaringskraft. Udgangspunktsmodellen, kostændring*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians, R <sup>2</sup>
<b>Kostændring</b>	Observeret, afhængig	0.13

Betragter vi herefter de beregnede effekter, danner der sig hurtigt samme billede, som har fulgt os gennem hele kapitlet. Handicap og kronisk sygdom har en moderat negativ effekt på ønsket om kostændringer, hvilket på grund af kodningen af variablen kostændringer skal tolkes således, at når graden af handicap og kronisk sygdom stiger, stiger også ønsket om at ændre kostvaner. Samtidig har handicap og kronisk sygdom igen stor betydning for arbejdsmarkedseksklusionen. Til gengæld kan også identificeres en moderat positiv sammenhæng mellem arbejdsmarkedseksklusion og ønsket om kostændring, hvilket pga. kodningen skal tolkes omvendt. Når graden af arbejdsmarkedseksklusion stiger, falder ønsket om kostændring. Spørgsmålet er nu, om denne tendens også holder, når der i modellen medtages flere relevante variable.

---

<sup>16</sup> Når denne betragtes som en afhængig variabel, forklaret bl.a. af handicap/kronisk sygdom

Figur 6.36: Modellens effekter. Log likelihood estimator. Kapabilitetsperspektivet, udgangspunktsmodel, kostændring<sup>17</sup>

Parameter	Standardiseret t koefficient	Ustandardiseret t koefficient	Standard d fejl
<b>Direkte effekter på kostændring</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom****</b>	-0.45	0.97	0.6
<b>Uddannelse****</b>	-0.03	-0.03	0.04
<b>Arbejdsmarkedseksklusion***</b>	0.22	0.25	0.008
<b>Indirekte effekter på kostændring</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom****</b>	-0.13	-0.28	0.4
<b>Uddannelse****</b>	-0.005	-0.005	0.03
<b>Totale effekter på kostændring</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom***</b>	-0.32	-0.69	0.2
<b>Uddannelse***</b>	-0.04	-0.04	0.005
<b>Arbejdsmarkedseksklusion***</b>	0.21	0.25	0.007
<b>Direkte effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom**</b>	0.61	1.12	0.7
<b>Uddannelse***</b>	-0.03	-0.02	0.04
<b>Indirekte effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom****</b>	0.002	0.004	0.001
<b>Totale effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom**</b>	0.61	1.12	0.9
<b>Uddannelse***</b>	-0.02	-0.03	0.07
<b>Direkte effekter på uddannelse</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom***</b>	-0.1	-0.23	0.02

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant

Sammenligner vi udgangspunktsmodellens resultater med resultaterne fra den mere avancerede model (figur 6.37) ses det at den mere avancerede model ikke har et helt

<sup>17</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

så godt model fit som udgangspunktsmodellen. Den avancerede model er signifikant ved 0.000 niveau og både CFI og SRMR værdierne ligger indenfor idealværdierne for hvert mål. Modellens RMSEA værdi er dog steget lidt i forhold til udgangspunktsmodellen og værdien ligger nu på 0.06 og altså lige lidt højere end den ideelle værdi på max 0.05. Værdien er dog stadig lav, og stadig langt fra den kritiske værdi på 0.1. På det grundlag er der ikke grund til at forkaste en model, der teoretisk er bedre end udgangspunktsmodellen.

*Figur 6.37: Den endelige model, fit statistics, livsstilsændring, kostændring*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.060
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.951
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.024

Ser vi dernæst på forklaringskraften er der sket en mindre forbedring af andelen af forklaret varians på den afhængige variabel. Modellen forklarer nu 16 % af variansen på variablen kostændring. Samtidig forklarer modellen også en rimelig andel af variansen på arbejdsmarkedseksklusionen (35 %).

*Figur 6.38: Modellens forklaringskraft. Den endelige model, kostændring*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians, R <sup>2</sup>
<b>Kostændring</b>	Observeret, afhængig	0.16

Ser vi på modellens beregnede effekter, går det efterhånden velkendte billede igen; handicap og kronisk sygdom spiller en central rolle i forhold til ønsket om kostændring, hvor en negativ effekt på -0.33 fortæller os at når graden af handicap og kronisk sygdom stiger, stiger ønske om kostændring også. Dette gælder også i forhold til arbejdsmarkedseksklusion og familiens indkomst. Her har handicap og



kronisk sygdom igen stor betydning for risikoen for at blive ekskluderet fra arbejdsmarkedet og ad den vej, får handicap og sygdom også betydning for indkomsten i familien.

Figur 6.39: Modellens effekter. Log likelihood estimeret. Kapabilitetsperspektivet, endelig model, kostændring<sup>18</sup>

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standard fejl
<b>Direkte effekter på Kostændring</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.42	-0.82	0.11
<b>Uddannelse*</b>	-0.02	-0.03	0.01
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	0.17	0.2	0.04
<b>Køn*</b>	0.13	0.12	0.01
<b>Alder*</b>	0.17	0.23	0.02
<b>Etnicitet**</b>	0.03	0.04	0.01
<b>Familiens indkomst****</b>	0.01	0.01	0.01
<b>Civilstand*</b>	-0.1	-0.11	0.01
<b>Indirekte effekter på Kostændring</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.1	0.19	0.05
<b>Uddannelse**</b>	-0.008	-0.008	0.003
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-0.003	-0.002	0.0002
<b>Alder*</b>	0.01	0.02	0.003
<b>Civilstand****</b>	0.003	0.003	0.003
<b>Totale effekter på Kostændring</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.33	-0.64	0.06
<b>Uddannelse**</b>	-0.03	-0.03	0.01
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	0.17	0.2	0.04
<b>Køn*</b>	0.13	0.13	0.01
<b>Alder*</b>	0.18	0.24	0.02
<b>Etnicitet**</b>	0.03	0.04	0.01
<b>Familiens indkomst****</b>	0.01	0.01	0.01

<sup>18</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Civilstand*</b>	-0.1	-0.1	0.01
<b>Direkte effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.56	0.94	0.08
<b>Uddannelse*</b>	-0.06	-0.05	0.01
<b>Alder*</b>	0.07	0.08	0.02
<b>Indirekte effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.02	0.02	0.002
<b>Alder*</b>	-0.03	-0.03	0.002
<b>Totale effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.51	0.73	0.14
<b>Uddannelse*</b>	-0.12	-0.13	0.02
<b>Alder*</b>	0.2	-0.28	0.04
<b>Direkte effekter på uddannelse</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.12	-0.2	0.02
<b>Alder**</b>	0.14	0.26	0.01
<b>Direkte effekter på familiens indkomst</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom**</b>	-0.06	-0.12	0.02
<b>Uddannelse*</b>	0.13	0.13	0.01
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-0.23	-0.26	0.02
<b>Alder*</b>	0.04	0.06	0.02
<b>Civilstand*</b>	0.25	0.25	0.02
<b>Indirekte effekter på familiens indkomst</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.13	-0.19	0.02
<b>Uddannelse*</b>	0.01	0.01	0.003
<b>Alder*</b>	-0.02	-0.02	0.006
<b>Totale effekter på familiens indkomst</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.19	-0.36	0.04
<b>Uddannelse*</b>	0.14	0.14	0.01
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-0.23	-0.26	0.02
<b>Alder*</b>	-0.06	-0.08	0.02
<b>Civilstand*</b>	0.25	0.25	0.01

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\*\*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant

Udover handicap og kronisk sygdom har også arbejdsmarkedseksklusion og alder en moderat betydning for ønsket om at ændre kostvaner. Her er sammenhængen positiv, hvilket betyder, jo ældre man er og jo mere ekskluderet fra arbejdsmarkedet man er, des mere tilfreds er man med sine kostvaner. De personer der oplever at være utilfredse med deres kost og vægt, er således ikke dem der står uden for

arbejdsmarkedet, men derimod de personer der har en kronisk sygdom eller et handicap. Det betyder også, at arbejdsmarkedseksklusion faktisk mindsker effekten af kronisk sygdom og handicap på ønsket om en kostændring en lille smule. Ligeledes er der en svag sammenhæng med køn og civilstand, og her vender sammenhængen således at mænd og personer i et fast parforhold i mindre grad ønsker at ændre deres kostvaner end kvinder og personer, der ikke er i et fast parhold.

Resultaterne peger således på, at det først og fremmest er handicappede og kronisk syge, der oplever at have en livsstil hvad angår kost, som de egentlig gerne ville have var anderledes, og at arbejdsmarkedseksklusion kun påvirker denne sammenhængen ganske svagt og i omvendt retning af, hvad man måske kunne have forventet, fordi personer udenfor arbejdsmarkedet i lidt mindre er utilfredse med deres kostvaner end personer i beskæftigelse.

## **6.6 OPSAMLING**

I kapitlet er sammenhængen mellem kronisk sygdom og handicap, arbejdsmarkedseksklusion og den individuelle dimension af social eksklusion analyseret. Analyserne har vist, at når man ser på de konkrete oplevelser eller functionings i forhold til såvel de psykologiske aspekter som de livsstilsmæssige aspekter af dimension, så spiller handicap og kronisk sygdom en central og afgørende rolle i forhold til den sociale eksklusion. Handicappede og kronisk syge oplever således i langt højere grad end gennemsnittet at mangle autonomi og kontrol over egen tilværelse. De er mere magtesløse og oplever sig belastede af en lang række forhold, både forhold der konkret relaterer sig til sygdom i familie eller nærmeste omgangskreds og mere generelle ting såsom økonomi, relationen til familie og venner, bolig, job mv. Samtidig har kronisk syge og handicappede også hyppigere en livsstil, der indebærer et højere forbrug af alkohol, tobak og usund kost end gennemsnittet. Kronisk syge og handicappede oplever også hyppigere, i hvert fald i forhold til kost- og alkoholvaner, at have et ønske om at ændre livsstilen, og man kan således tale om at livsstilen ikke kun er et udtryk for personlige præferencer, men også en situation den enkelte ønsker anderledes, men ikke har været i stand til at realisere.

Udover at have betydning for den individuelle dimension af social eksklusion, har handicap og kronisk sygdom også en stor betydning for risikoen for at blive marginaliseret eller ekskluderet fra arbejdsmarkedet. En væsentlig andel af de personer, der står permanent eller midlertidigt udenfor arbejdsmarkedet er personer med en kronisk sygdom eller et handicap.

Samtidig viser analyserne med al tydelighed, at arbejdsmarkedseksklusion ikke har nogen betydning for den individuelle dimension af social eksklusion. Effekten er praktisk talt nul, og kapitlets analyser kan derfor afvise forestillingen om, at en eksklusion fra arbejdsmarkedet medfører en generel social eksklusion. Kigger man på de kronisk syge og handicappede oplever de således ikke de individuelle aspekter af social eksklusion, fordi de ikke arbejder. Men fordi de har helbredsmæssige begrænsninger og udfordringer, og dette ændrer en deltagelse på arbejdsmarkedet ikke nævneværdigt ved. Hvis man har det dårligt fordi man har helbredsproblemer, får man det ikke bedre, fordi man arbejder.

Sat på spidsen fører arbejdsmarkedseksklusion altså ikke til psykologisk deprivation med stort forbrug af alkohol og en generel usund livsstil og arbejdsmarkedsinklusion, ser heller ikke ud til at være en gangbar løsning, hvis man skal denne type af problemer til livs. Derimod er det tydeligt, at det at have helbredsmæssige problemer i form af kroniske sygdomme eller handicaps er en betydeligt medvirkende faktor til, at man oplever manglende autonomi og en høj grad af stres og belastning i dagligdagen.

## Kapitel 7 DEN SOCIALE DIMENSION

I det forgående kapitel blev de forskellige individuelle aspekter af den sociale eksklusion analyseret. Analyserne viste, at handicap og kronisk sygdom spiller en central rolle for graden af social eksklusion. Samtidig viste analyserne også at arbejdsmarkedseksklusion ikke havde afgørende betydning for de individuelle aspekter den sociale eksklusion.

I dette kapitel vil fokus ligge på den sociale dimension af social eksklusion. Denne dimension handler om individets sociale relationer og kontakter, men også om hvordan individet oplever relationen til samfundet og andre mennesker. Dette dækker i afhandlingen mere konkret over dels i hvor høj grad den enkelte har kontakt med andre mennesker, eksempelvis familie og venner, men også om i hvilken grad den enkelte oplever at have støtte og hjælp når vedkommende har brug for det, fx i forbindelse med sygdom eller problemer. Og dels dækker det over den enkeltes tillid til såvel andre mennesker som til samfundet generelt.

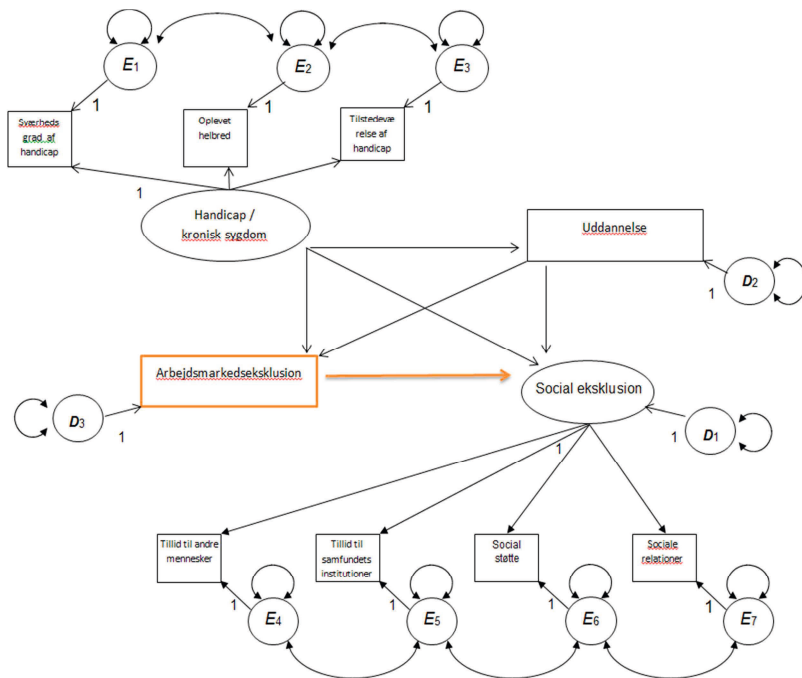
Ligesom i det forgående kapitel fokuseres der i dette kapitel ikke blot på, hvad den enkelte faktisk gør. Eksempelvis hvor ofte den enkelte har kontakt til venner og familie. Der fokuseres også på, i hvor høj grad de konkrete handlinger og i særlig grad mangel på handlinger, er et udtryk for et bevidst valg eller fravalg eller om det er en ufrivillig situation, den enkelte befinder sig. Således forholder kapitlet sig også til, i hvor høj grad den enkelte savner sociale relationer og social kontakt. Eksempelvis i forhold til, om man er ufrivilligt alene eller om man er i kontakt med venner og familie i mindre grad, end man gerne ville. Denne sondring er vigtig i forhold til diskussionen af social eksklusion, idet det ellers netop kan være vanskeligt at skelne mellem, hvad der er reel eksklusion, og hvad der er et udtryk for individuelle præferencer. Da eksklusion netop per definition er en ufrivillig tilstand, er det nødvendigt at tage hensyn til, i hvor høj grad den enkeltes deltagelse er et udtryk for et valg eller et udtryk for manglende muligheder. Her vil kun sidstnævnte være reel eksklusion.

## **7.1 UDGANGSPUNKTSMODELLEN FOR DEN SOCIALE DIMENSION**

Analyserne tager sit udgangspunkt i den model, der også er beskrevet i afhandlingens metode kapitel, kapitel 4, og som kan ses herunder i figur 7.1. Modellen viser en relativt simpel kausalmodel, hvor sammenhængen mellem handicap og kronisk sygdom, arbejdsmarkedseksklusion, uddannelse og social eksklusion skitseres. Også her er handicap og kronisk sygdom en latent variabel, der måles på tre observerede items, henholdsvis tilstedeværelse og antal af kroniske sygdomme registreret i Region Nordjyllands kroniker register, selvrapporteret kronisk sygdom og handicaps samt graden af oplevede begrænsninger som følge af sygdom eller handicap.

Modellen måler den sociale dimension af social eksklusion. I modellen er dette, ligesom handicap og kronisk sygdom, en latent variable bestående af fire index. To index der måler tillid, henholdsvis den institutionelle tillid samt tillid til andre mennesker og to index, der måler sociale relationer, henholdsvis hyppighed og omfang af social kontakt samt graden af social støtte fra andre mennesker.

Figur 7.1.: Udgangspunktsmodellen, den sociale dimension



Resultatet af faktoranalysen over den latente variabel, social eksklusion, i modellen, ses i figur 7.2 herunder.

Figur 7.2: CFA, Social eksklusion, den sociale dimension

Item	Standardiseret loading	factor	Standardfejl
<b>Institutionel tillid*</b>	0.68		0.03
<b>Personlig tillid*</b>	0.6		0.03
<b>Social støtte *</b>	0.3		0.02
<b>Social kontakt*</b>	0.2		0.02

\*Signifikant på 0.0001 niveau

Som det fremgår af tabellen herover, er alle fire items signifikante ved 0.0001 niveau. Institutionel og personlig tillid loader stærkt sammen, mens social støtte

lige præcis overholder minimumskravet til størrelsen på factor loadingen. Til gengæld ligger factor loadingen for social kontakt under minimumsværdien på 0.3. Fjernes social kontakt fra faktoranalysen stiger factor loadingen på social støtte og personlig tillid en lille smule (henholdsvis 0.04 og 0.02) mens factor loadingen på institutionel tillid falder en lille smule (med 0.05). Ren statistisk taler resultatet altså for, at fjerne social kontakt fra modellen, men teoretisk er der gode argumenter for at beholde variabelen i modellen, i det den sociale kontakt er en central del af den sociale dimension, der analyseres. For at være på den sikre side er modellerne i dette kapitel derfor kørt både med og uden social kontakt, men da modellernes fit og forklarede varians ikke blev påvirket nævneværdigt af, at social kontakt - til trods for den lave factor loading – optrådte i modellen, er hensynet til den teoretiske specifikation af modellen vægtet tungere end den lave factor loading. Social kontakt er derfor bibeholdt i modellen.

Teoretisk kunne man, med lidt tilsnigelse, også argumentere for, at social kontakt i virkeligheden burde høre hjemme under den politiske dimension, da man godt kan betragte social kontakt som en form for social deltagelse. Der er derfor eksperimenteret med, at lade social kontakt indgå som et item under den politiske dimension. Dette giver imidlertid ikke et bedre resultat, da social kontakt heller ikke loader særlig stærkt sammen med de øvrige variable i den politiske dimension. Det er vurderet, at der er stærkest teoretiske argumenter for at beholde social kontakt sammen med den sociale dimension, da social kontakt i høj grad må siges at være et mål for det at indgå i sociale relationer, hvorfor social kontakt er beholdt under den sociale dimension.

Betragter vi indledningsvis resultaterne fra udgangspunktsmodellen vist i figuren herover, så viser analysen af modellens model fit, at modellen – selvom den er simpel – passer rimelig godt på stikprøvens data. Modellen er signifikant ved et niveau på 0.000, og både CFI og SRMR værdierne lever fuldt ud op til de idealer. Modellens RMSEA ligger med en værdi på 0.061 lidt højt, men dog ikke så højt, at den giver anledning til at tro, der er større problemer med modellens fit. De første resultater tyder således på, at også analyserne af den sociale dimension, ligesom analyserne af de individuelle perspektiver, passer ganske godt på dataene.



Figur 7.3: Udgangspunktsmodellens model fit

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.061
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.950
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.034

Modellens residualer<sup>19</sup> indikerer heller ingen problemer, da samtlige residualer ligger langt under 0.1.

Ser vi hernæst på modellens forklaringskraft, er billedet dog ikke helt så tydeligt. Modellen forklarer 30 % af variansen på den uafhængige variabel, social eksklusion, hvilket for så vidt er en acceptabel andel af forklaret varians for en samfundsvidenskabelig, survey baseret analyse, men sammenlignet med resultaterne fra analyserne i kapitel 6, er den alligevel i den lave ende. Modellen forklarer endvidere en mindre del, 13 %, af variansen på variabelen arbejdsmarkedseksklusion, når denne betragtes som en afhængig variabel forklaret af kronisk sygdom og handicap samt uddannelse.

Figur 7.4: Modellens forklaringskraft. Udgangspunktsmodellen, den sociale dimension

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians, R <sup>2</sup>
<b>Social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.30

Alt i alt er den forklarede varians på et niveau, der generelt ville være acceptabelt, men som stadig set i lyset af de forgående analyser godt kunne ønskes højere.

---

<sup>19</sup> Modellernes residualer fremsendes på forespørgsel

### 7.1.1 UDGANGSPUNKTSMODELLENS EFFEKTER I

Til gengæld peger de beregnede effekter fra modellen mod samme tendens, som analyserne af de individuelle perspektiver i kapitel 6. Handicap og kronisk sygdom har en central betydning (0.55) også for den sociale dimension af social eksklusion. Jo sværere handicappet eller kronisk syg man er, des mindre social kontakt og mindre tillid til andre mennesker og samfund har man også. Omvendt virker uddannelse svagt negativt på den sociale dimension af social eksklusion (-0.16). Jo højere uddannelsesniveaue er, des mere socialkontakt og højere grad af tillid har man også. Interessant er det, at arbejdsmarkedseksklusion faktisk også ser ud til at have en svag negativ direkte effekt. Det betyder, at når arbejdsmarkedseksklusionen stiger, er der en svag tendens til, at den sociale eksklusion falder. Personer i arbejde ser således lidt mindre hyppigt deres sociale omgangskreds, oplever at have lidt mindre social støtte og har lidt mindre personlig og institutionel tillid. Det betyder også, at når arbejdsmarkedseksklusion optræder som interaktionsled mellem handicap / kronisk sygdom og social eksklusion, så får det, sammen med et højere uddannelseniveau, den sociale eksklusion til at falde en lille smule. Der er dog tale om en meget lille og reelt ubetydelig ændring på 0.04, hvoraf kun en del skal tilskrives arbejdsmarkedseksklusion. Så samlet set har arbejdsmarkedseksklusion hverken nogen direkte effekt på den sociale eksklusion, ligesom det heller ikke ændrer effekten af kronisk sygdom og handicap på social eksklusion nævneværdigt.

Figur 7.5: Modellens effekter, Maximum likelihood estimer. Udgangspunktsmodellen, den sociale dimension

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standard fejl
Direkte effekter på social eksklusion			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.55	2.48	0.33
<b>Uddannelse*</b>	-0.16	-0.08	0.02
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-0.14	-0.005	0.001
Indirekte effekter på social eksklusion			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.04	-0.20	0.06
<b>Uddannelse*</b>	-0.003	-0.001	0.001
Totale effekter på social eksklusion			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.51	2.28	0.31
<b>Uddannelse*</b>	-0.16	-0.06	0.02
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-0.14	0.005	0.001
Direkte effekter på arbejdsmarkedseksklusion			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.36	48.1	4.75
<b>Uddannelse*</b>	-0.02	-0.3	0.21
Indirekte effekter på arbejdsmarkedseksklusion			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.001	0.12	0.1
Totale effekter på arbejdsmarkedseksklusion			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.36	48.22	4.76
<b>Uddannelse*</b>	-0.02	-0.30	0.21
Direkte effekter på uddannelse			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.04	-0.41	0.17

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant

Ser man på de to øvrige variable i modellen, arbejdsmarkedseksklusion og uddannelse, går samme tendens igen, som også kunne observeres i forbindelse med analyserne af de individuelle perspektiver. Handicap og kronisk sygdom har en væsentlig effekt på arbejdsmarkedseksklusionen (0.36), mens det omvendt kun har

en meget begrænset effekt på uddannelsesniveaue. Det er ikke overraskende at denne tendens går igen, idet disse variable og stierne imellem dem er identiske med den tilsvarende del af modellerne for de individuelle perspektiver, så resultatet er på den baggrund for så vidt forventeligt.

Modellen er imidlertid simpel og tager ikke højde for forskelle i den sociale eksklusion, der kan tilskrives forskelle i køn, etnicitet og alder, ligesom den heller ikke medtager de forskelle der kan skyldes civilstand og indkomst. Hvor de tre første er variable, der er oplagte som kontrolvariable, fordi disse variable typisk kan være med til at forklare en del af de individuelle forskelle generelt i surveyundersøgelser, er der en mere specifik forventning om, at det at være i et parforhold og det at have en høj indkomst, øger grad og omfang af sociale relationer samt tilliden til såvel andre mennesker som samfundets institutioner.

## **7.2 DEN UDBYGGEDE MODEL OVER DEN SOCIALE DIMENSION**

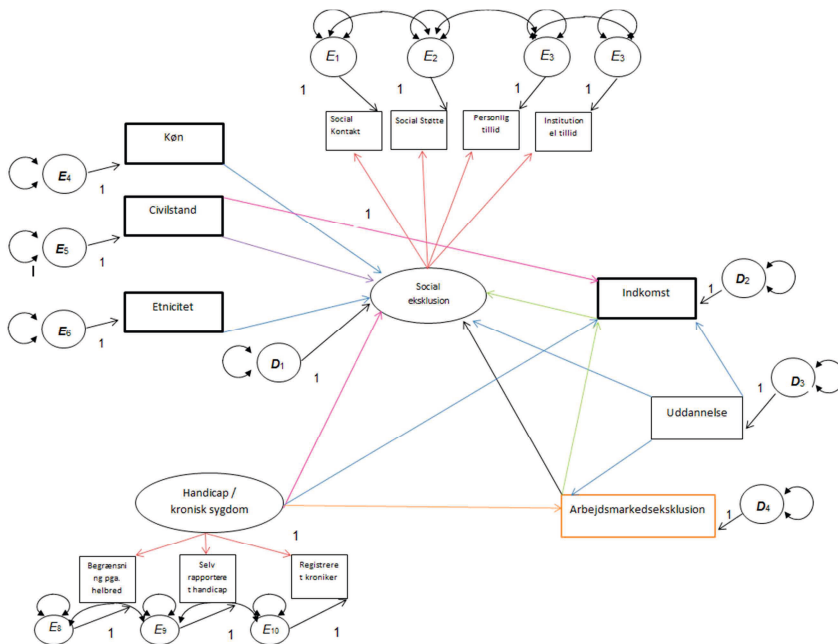
For at tage højde for disse faktorer, er modellen derfor udbygget med de ovenstående variable. Køn er også i denne model indført som en kontrol variabel med en effekt direkte på den sociale eksklusion. Alder, der i forhold til den individuelle dimension i kapitel 6 er medtaget med effekter på social eksklusion, indkomst, uddannelse og arbejdsmarkedseksklusion er også forsøgt inddraget på samme måde i denne model. Analyserne viste imidlertid, at inddragelsen af variablen alder i modellen drastisk forværede modellens fit statistics, ligesom de målte effekter af variablen var meget begrænsede. Med den begrundelse er alder igen fjernet fra modellen, da antagelsen om at alder har betydning ikke kan bekræftes på baggrund af analysens resultater. Familiens indkomst er i modellen tilføjet som en mellemkommende variabel, der påvirkes af handicap og kronisk sygdom samt af arbejdsmarkedseksklusion, uddannelse og civilstand. Herudover er også civilstand og etnicitet tilføjet modellen som uafhængige variable, der også forventes at have en direkte effekt på den sociale eksklusion af kronisk syge og handicappede.

Udover tilføjes af disse variable, er modellen ændret på et enkelt paramter. Den kausale sti fra handicap og kronisk sygdom til uddannelse er fjernet. Dette er gjort,

fordi en analyse af modellens residualer indikerede at en fjernelse af denne sti ville medføre en forbedring af modellens fit. Samtidig var effekterne af handicap og kronisk sygdom, ligesom ved de øvrige modeller i det forgående kapitel, relativt små, og grundet den brede målgruppe for undersøgelsen, var det heller ikke forventet at handicap og kronisk sygdom i denne model ville have en afgørende effekt på uddannelse. Holdt op i mod den forbedring af model fit en fjernelse af effekten af handicap og kronisk sygdom på uddannelse gav, er det således i denne situation valgt at prioritere et bedre model fit, fordi den teoretiske begrundelse for at bibeholde den specifikke effekt ikke er central.

Modellen kan ses herunder i figur 7.6

Figur 7.6: Den udvidede model, den sociale dimension



Ligesom for de øvrige modeller i afhandlingen er det første, der evalueres, modellens fit som ses herunder i figur 7.7. Af resultattabellen fremgår det, at

modellen er signifikant ved et niveau på 0.000. Både modellens RMSEA og SRMR er forbedret i forhold til udgangspunktsmodellen og begge ligger således fint indenfor de ideelle værdier for målene. Modellens CFI værdi er en smule forværret, og har nu en værdi på 0.94 mod 0.95 i udgangspunktsmodellen. Værdien er imidlertid så tæt på den ideelle mindsteværdi på 0.95, at resultatet ikke vurderes problematisk. Modellens residualer<sup>20</sup> indikerer ligeledes heller ingen problemer, da samtlige residualer ligger langt under 0.1. Der er således på baggrund af modellens fit statistics ikke fundet årsag til at forkaste den udbyggede model.

*Figur 7.7: Den udvidede models fit, den sociale dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.047
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.94
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.029

Udover at den udvidede model teoretisk er mere præcis, var et mål med modellen også at forsøge at øge modellens forklaringskraft. Kigger vi på resultaterne heraf, ses det, at modellen nu forklarer 36 % af variansen på den afhængige variabel, social eksklusion, mod 30 % i udgangspunktsmodellen. Der er således en forbedring af forklaringskraften, men forbedringen er dog ikke voldsom. Modellen forklarer nu over en tredjedel af variansen på den sociale eksklusion, men der er stadig meget varians, der ikke er forklaret i modellen. Dette indikerer at der er variable eller faktorer, som har indflydelse på den sociale eksklusion, men som ikke er med i modellen.

---

<sup>20</sup> Modellernes residualer fremsendes på forespørgsel

Figur 7.8: Modellens forklaringskraft. Den udvidede model, den sociale dimension

Parameter	Type af variabel	Forklaret R <sup>2</sup>	varians
<b>Social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.36	

### 7.2.1 DEN UDBYGGEDE MODELS EFFEKTER II

Ser vi herefter på de i modellen beregnede effekter viser den udvidede model overordnet set samme billede, som udgangspunktsmodellen. Handicap og kronisk sygdom har således fortsat en stærk effekt på den sociale eksklusion. Samtidig har arbejdsmarkedseksklusion fortsat en svagere negativ effekt på den sociale eksklusion (-0.14), og når graden af arbejdsmarkedseksklusion stiger, falder den sociale eksklusion således svagt. Samtidig har køn en moderat effekt på den sociale eksklusion, forstået på den måde at mænd i gennemsnit i mindre grad end kvinder har sociale relationer og netværk samt tillid til andre mennesker og samfundets institutioner. Omvendt er der en svag negativ effekt af indkomst og civilstand, hvilket skal tolkes således at personer med højere indkomst er lidt mindre marginaliserede end personer med lavere indkomst, samt at personer i et fast parforhold også i mindre grad oplever social eksklusion på denne dimension end personer, der ikke er i et fast forhold.

Figur 7.9: Modellens effekter, Maximum likelihood estimator. Den udvidede model, den sociale dimension

Parameter	Standardisere t koefficient	Ustandardisere t koefficient	Standar d fejl
Direkte effekter på social eksklusion			
Handicap / kronisk sygdom*	0.57	2.28	0.09
Uddannelse***	-0.07	-0.07	0.009
Arbejdsmarkedseksklusion*	-0.16	-0.005	0.03
Køn*	0.25	0.51	0.01
Etnicitet****	0.04	0.26	0.01
Familiens indkomst**	-0.1	-0.02	0.009
Civilstand***	-0.07	-0.18	0.009
Indirekte effekter på social eksklusion			
Handicap / kronisk sygdom**	-0.05	-0.18	0.06
Uddannelse****	-0.006	-0.002	0.002
Arbejdsmarkedseksklusion*	0.02	0.006	0.0005
Civilstand**	-0.02	-0.05	0.02
Totale effekter på social eksklusion			
Handicap / kronisk sygdom*	0.52	0.23	0.05
Uddannelse*	-0.08	-0.07	0.009
Arbejdsmarkedseksklusion****	-0.14	-0.004	0.001
Køn*	0.25	0.51	0.07
Etnicitet*	0.04	0.26	0.18
Familiens indkomst**	-0.1	-0.02	0.006
Civilstand*	-0.1	-0.23	0.07
Direkte effekter på arbejdsmarkedseksklusion			
Handicap / kronisk sygdom*	0.38	49.43	4.47
Uddannelse****	-0.03	-0.41	0.22
Direkte effekter på familiens indkomst			
Handicap / kronisk sygdom**	-0.07	-2.28	0.06
Uddannelse*	0.1	0.24	0.01
Arbejdsmarkedseksklusion*	-0.21	-0.04	0.02
Civilstand*	0.22	2.87	0.01
Indirekte effekter på familiens indkomst			
Handicap / kronisk sygdom*	-0.1	-1.85	0.23
Uddannelse***	0.06	0.02	0.008
Totale effekter på familiens indkomst			
Handicap / kronisk sygdom*	-0.15	-3.29	0.52
Uddannelse*	0.11	0.35	0.04
Arbejdsmarkedseksklusion*	-0.21	-0.03	0.003
Civilstand*	0.22	2.87	0.22

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\*\* signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant



Modellen bekræfter igen, og måske efterhånden knap så overraskende, det billede, der er tegnet i forhold til arbejdsmarkedseksklusion og indkomst, der er tegnede i samtlige af de forgående modeller i afhandlingen. Handicap og kronisk sygdom har en væsentlig betydning for den sociale eksklusion, samt en moderat, men delvis indirekte gennem arbejdsmarkedseksklusion, effekt på familiens indkomst. Udover handicap og kronisk sygdom har arbejdsmarkedseksklusion og civilstand moderate effekter på indkomsten i familien, mens uddannelse har en svag positiv effekt.

Modellen bekræfter altså det billede, der også blev tegnet i forhold til den individuelle dimension af social eksklusion. Nemlig at handicap og kronisk sygdom spiller en afgørende rolle i forhold til sociale eksklusion, mens arbejdsmarkedseksklusionen modsat den generelle opfattelse eksempelvis politisk og i medierne, ikke forværrer den sociale eksklusion. Arbejdsmarkedseksklusion har altså hverken nogen selvstændig forværrende effekt på social eksklusion, ligesom arbejdsmarkedseksklusion heller ikke forværrer effekten af kronisk sygdom og handicap. Faktisk viser modellen i forhold til den sociale dimension, at personer med en stærk tillknytning til arbejdsmarkedet scorer lavere i forhold til socialt netværk og tillid. Dette gælder både i forhold til den direkte effekt, men også i forhold til den påvirkning arbejdsmarkedseksklusion har på effekten af kronisk sygdom og handicap. Billedet af, at arbejdsmarkedsdeltagelse er den bedste, og måske endda eneste, vej til at forbedre den sociale situation for kronisk syge og handicappede kan derfor på ingen måde bekræftes af afhandlingens analyse heraf.

### **7.3 DEN ENDELIGE MODEL**

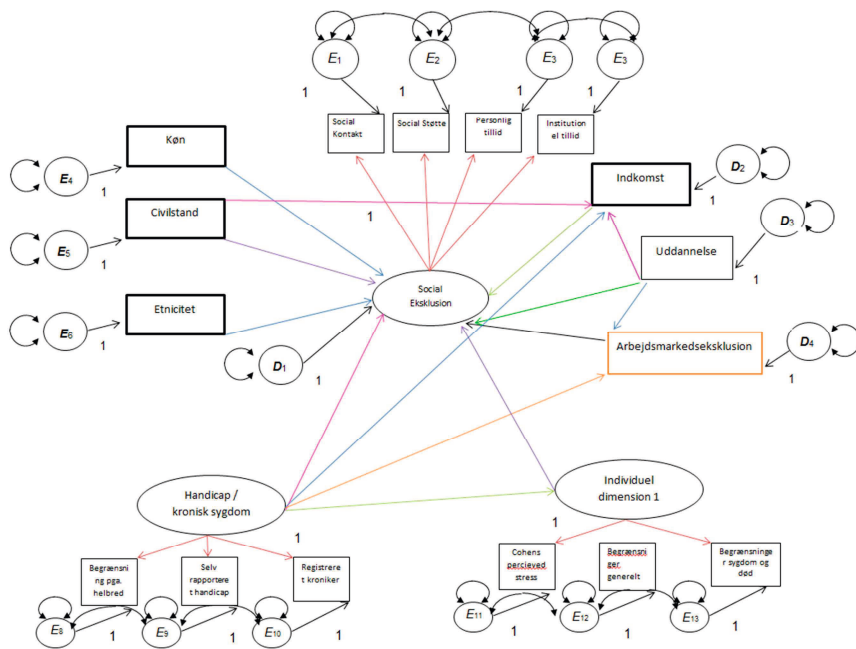
Modellen i figur 7.5 er udvidet med flere variable i forhold til den oprindelige udgangspunktsmodel. Dette har nuanceret billedet og kompleksiteten af sammenhængen mellem social eksklusion og kronisk sygdom. Udvidelsen har imidlertid kun forbedret modellens forklaringskraft moderat. Dette rejser spørgsmålet om, hvorvidt der er relevante faktorer, modellen ikke har medtaget. Kigger vi tilbage til afhandlingens teoretiske udgangspunkt, kan man diskutere, hvorvidt de tre dimensioner af social eksklusion, den individuelle, den sociale og den politiske dimension, skal forstås som tre adskilte dimensioner eller som tre niveauer, der indbyrdes er hinandens forudsætninger. I denne afhandlingen er

teorien tolket således, at de tre dimensioner forstås som niveauer på den måde, at den individuelle dimension påvirker den sociale dimension og at disse to dimensioner begge påvirker den politiske dimension. En lav grad af individuel eksklusion – eller en høj grad af individuel autonomi – er således en af forudsætningerne for en lav grad af social eksklusion. På samme måde er en lav grad af individuel og social eksklusion også nødvendigt for at opnå en lav grad af politisk eksklusion – eller sagt på en anden måde en høj grad af social deltagelse. Dette er grundlag for en antagelse om, at den individuelle dimension bør tilføjes som en mellemkommende variabel i modellen. Holder antagelsen om, at den individuelle dimension er en af de centrale forklaringer på den sociale dimension, vil man således dels se en stærk effekt af den individuelle dimension på den sociale dimension, men man vil også se, at andelen af forklaret varians i forhold til den sociale dimension stiger. For at teste denne antagelse er modellen fra figur 7.5 yderligere udvidet som vist i figur 7.10 herunder. Modellen er identisk med modellen i figur 7.5 bortset fra at den latente variabel over den individuelle, psykologiske dimension<sup>21</sup> er tilføjet som en mellemkommende variabel med en direkte effekt fra handicap og kronisk sygdom til den individuelle dimension, og med en direkte effekt fra den individuelle dimension til den sociale dimension. Det betyder at der også er tilføjet endnu en indirekte effekt af handicap og kronisk sygdom på den sociale dimension via den individuelle dimension.

---

<sup>21</sup> Man kunne godt have integreret begge de individuelle underdimensioner i modellen. Dette er dog i første omgang fravalgt, da særligt den psykologiske dimension, som netop handler direkte om autonomi, teoretisk forventes at have betydning. Dertil kommer også at den livsstilsmæssige dimension jævnfør analyserne i forrige kapitel viste sig i højere grad at være forklaret af baggrundsvariable (fx køn), og derfor knap så central i forhold til eksklusion som følge af handicap og kronisk sygdom. For ikke at gøre modellen mere kompleks end højest nødvendigt, er den livsstilsmæssige dimension i første omgang udeladt af analysen. I kapitel 8 laves en stor, samlet model, hvor også livsstilsdimensionen indgår.

## 7.10: Den endelige model, den sociale dimension



Igen er det første, der skal evalueres modellens fit. I figur 7.11 herunder fremgår det, at der ikke umiddelbart er grundlag for at forkaste den sidste og avancerede model. Modellen er signifikant ved et niveau på 0.000 og modellens RMSEA og SRMR værdier holder sig fint indenfor de ideelle værdier for disse mål. Værdien af modellens CFI værdi er dog faldet fra 0.94 til 0.86. Det er således knap så godt som ved de forrige modeller. Værdien vurderes dog ikke kritisk lav, og taget i betragtning at de tre øvrige værdier er fremragende, og at modellen teoretisk giver bedre mening, er der ikke grundlag for at forkaste modellen. Samtidig indikerer modellens residualer<sup>22</sup> heller ingen problemer, da samtlige residualer ligger langt under 0.1, hvilket yderligere taler for at bibeholde modellem.

<sup>22</sup> Modellernes residualer fremsendes på forespørgsel

Figur 7.11: Den endelige models fit, den sociale dimension

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.046
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.86
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.05

Ser vi hernæst på i hvor høj grad modellen forklarer variansen af den afhængige variabel (figur 7.12), ses det at andelen af forklaret varians er steget fra 36 % til 50 %. Modellen forklarer således nu halvdelen af variansen på den afhængige variabel. Samtidig forklarer modellen 70 % af variansen på den individuelle, psykologiske dimension, men dette er ikke overraskende, da analyserne af den individuelle dimension i kapitel 6 netop gav en meget høj andel af forklaret varians i forhold til den sociale eksklusion.

Figur 7.12: Modellens forklaringskraft. Den endelige model, den sociale dimension

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians, R <sup>2</sup>
<b>Social eksklusion, social dimension</b>	Afhængig, latent	0.5

### 7.3.1 DEN ENDELIGE MODELS EFFEKTER III

Forklaringskraften ser altså ud til at bedres, når den individuelle psykologiske dimension medtages som forklaring i modellen. Men hvilket billede tegner der sig så, når vi kigger til modellens beregnede effekter?

Ser vi først på effekten af handicap og kronisk sygdom er den totale effekt heraf på den sociale dimension fortsat høj (0.48), ligesom den også er høj i forhold til den individuelle dimension (0.84). Til gengæld er effekten på den sociale dimension nu

blevet primært indirekte via den individuelle dimension. Dette er ganske interessant, og giver et første praj om, at antagelsen om at dimensionen indbyrdes hænger hierarkisk sammen ikke kun teoretisk giver mening, men også holder empirisk. Betragter vi hernæst den selvstændige effekt af den individuelle dimension på den sociale dimension, er denne effekt også i sig selv høj. Den direkte, selvstændige effekt af den individuelle dimension på den sociale dimension er således på 0.68, og altså en stærk positiv effekt. Dette peger således på, at når den individuelle dimension af den sociale eksklusion stiger, så medfører det også en markant stigning i den sociale dimension af eksklusion. Man kan naturligvis diskutere, om den målte effekt er udtryk for en egentlig kausal sammenhæng fra den individuelle dimension til den sociale dimension, eller om de to dimensioner indbyrdes påvirker hinanden. Resultaterne taler imidlertid stærkest for, at koefficienten skal tolkes som en sammenhæng gående fra den individuelle dimension til den sociale dimension. For det første er der en stærk selvstændig sammenhæng mellem de to variable, også selvom der i modellen tages højde for at begge variable er påvirket af samme bagvedliggende faktor, nemlig handicap og kronisk sygdom. For det andet er den forklarede varians af den individuelle dimension i analyserne i kapitel 6 meget høj, selvom den sociale dimension ikke er medtaget i disse modeller. Der er således ikke noget i analyserne af den individuelle dimension alene, der indikerer, at der mangler væsentlige faktorer for at kunne forklare de individuelle aspekter af den sociale eksklusion. Det er der til gengæld i forhold til den sociale dimension, hvor kun en tredjedel af variansen er forklaret, hvis ikke den individuelle dimension medtages. Her stiger forklaringskraften i modellen væsentligt, når den individuelle dimension medtages.

Man kan således konkludere at de to dimensioner ser ud til at være indbyrdes afhængige, samt at resultaterne indikerer at der er tale om en hierarkisk sammenhæng, hvor den individuelle dimension påvirker den sociale.

I modellen genfindes også en svag negativ effekt af arbejdsmarkedseksklusion på den sociale dimension. Resultaterne bliver således ved med at pege i på, at personer med en stærk tilknytning til arbejdsmarkedet scorer lavere i forhold til socialt netværk, sociale relationer og i forhold til tillid til andre mennesker og samfundets

institutioner. Konklusionen er derfor fortsat, at arbejdsmarkedseksklusion har en svag selvstændig og mindskende effekt på den sociale eksklusion, mens arbejdsmarkedseksklusion kun i meget begrænset omfang ændrer på effekten af kronisk sygdom / handicap på den sociale eksklusion, og her er der tilsvarende også tale om at arbejdsmarkedseksklusion (meget svagt) reducerer den sociale eksklusion forårsaget af kronisk sygdom / handicap.

Figur 7.13: Modellens effekter, Maximum likelihood estimer. Den endelige model, den sociale dimension<sup>23</sup>

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standard fejl
<b>Direkte effekter på social eksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom****</b>	-0.07	-4.05	1.22
<b>Uddannelse*</b>	-0.05	-0.01	0.01
<b>Arbejdsmarkedseksklusion**</b>	-0.12	-0.06	0.02
<b>Køn*</b>	0.23	0.07	0.01
<b>Etnicitet****</b>	0.02	0.01	0.01
<b>Familiens indkomst** **</b>	-0.04	-0.01	0.01
<b>Civilstand***</b>	-0.06	-0.19	0.01
<b>Individuel dimension 1</b>	0.68	0.58	0.16
<b>Indirekte effekter på social eksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom**</b>	0.54	3.86	6.49
<b>Uddannelse****</b>	-0.003	-0.007	0.001
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	0.009	0.004	0.0004
<b>Civilstand**</b>	-0.008	-0.002	0.02
<b>Totale effekter på social eksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom****</b>	0.48	3.45	0.57
<b>Uddannelse****</b>	-0.05	-0.02	0.01
<b>Arbejdsmarkedseksklusion**</b>	-0.11	-0.05	0.02
<b>Køn*</b>	0.23	0.07	0.01
<b>Etnicitet****</b>	0.02	0.001	0.01
<b>Familiens indkomst***</b>	-0.04	-0.05	0.01
<b>Civilstand***</b>	0.05	0.02	0.02
<b>Individuel dimension 1</b>	0.68	0.58	0.16
<b>Direkte effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom****</b>	0.29	4.48	7.4
<b>Uddannelse****</b>	-0.01	-0.09	0.01
<b>Direkte effekter på familiens indkomst</b>			

<sup>23</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Handicap / kronisk sygdom**</b>	-0.07	-2.28	0.06
<b>Uddannelse*</b>	0.1	0.24	0.02
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-0.21	-0.31	0.03
<b>Civilstand*</b>	0.02	0.2	0.02
<b>Indirekte effekter på familiens indkomst</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom****</b>	-0.06	-1.39	0.23
<b>Uddannelse****</b>	0.03	0.003	0.004
<b>Totale effekter på familiens indkomst</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.13	-3.02	0.5
<b>Uddannelse*</b>	0.1	0.1	0.02
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-0.21	-0.31	0.003
<b>Civilstand*</b>	0.21	0.2	0.02
<b>Direkte effekter på individuel dimension 1</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom**</b>	0.84	7.05	1.22

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\*\* signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant

De øvrige effekter i modellen ligner i høj grad det mønster, der både tegnede sig igennem dette og det forrige kapitel. Handicap og kronisk sygdom hænger positivt sammen med arbejdsmarkedseksklusion, og jo mere handicappet eller kronisk syg den enkelte er, des større er sandsynligheden for at vedkommende har en svag eller slet ingen tilknytning til arbejdsmarkedet. Ad den vej får handicap og kronisk sygdom også betydning for familiens indkomst, som dog også påvirkes positivt af et højere uddannelsesniveau.

### 7.3.2 OPSAMLING

Analyserne af den sociale dimension af social eksklusion har vist, at også i forhold til den sociale dimension spiller handicap og kronisk sygdom en central rolle. Handicappede og kronisk syge er markant mere socialt marginaliserede end personer uden helbredsproblemer, i hvert fald når man ser på, hvor hyppigt de faktisk har kontakt med deres sociale netværk, i hvor høj grad de oplever at have social støtte og i hvor høj grad de har tillid til andre mennesker og samfundets institutioner.



Til gengæld kan antagelsen om, at arbejdsmarkedseksklusion forværrer den sociale eksklusion slet ikke bekræftes i forhold til den sociale dimension heller. Tværtimod er der en svag omvendt sammenhæng, således at personer med en stærk tilknytning til arbejdsmarkedet faktisk angiver at have lidt mindre kontakt med deres sociale netværk, lidt mindre social støtte og lidt mindre tillid til såvel institutioner som andre mennesker. Der er således ikke heller ikke i forhold til den sociale dimension af social eksklusion noget der tyder på, at løsningen på den sociale eksklusion er at fokusere intensivt på at øge arbejdsmarkedsdeltagelsen. Tværtimod indikerer analyserne, at et ensidigt fokus på en øget arbejdsmarkedsdeltagelse måske endda kan forværre den sociale situation for kronisk syge og handicappede, i hvert fald hvis ikke årsagerne til at eksklusionen finder sted i første omgang adresseres og løses.

Analysernes resultater viser endvidere, at den sociale dimension af eksklusionen, ser ud til at være påvirket af den individuelle dimension. Dette betyder dels, at den teoretiske antagelse om at de to dimensioner er to niveauer, der hænger hierarkisk sammen, i hvert fald ikke kan afvises på baggrund af analyserne. Det tyder således på, at personer med en lav grad af personlig autonomi og et højt oplevet niveau af stress og belastning, sjældnere end andre har kontakt med deres sociale netværk og i mindre grad har social støtte i eksempelvis problemfyldte situationer. De har ligeledes en mindre grad af tillid til institutioner og andre mennesker. Dette giver på mange måder god mening – det forekommer på mange sandsynligt at netop oplevelsen af ikke at have ret meget autonomi og indflydelse på egen tilværelse og oplevelsen af at være stresset og mangle overskud netop vil give sig udslag i mindre social kontakt, fordi man netop pga. belastningen og oplevelsen af manglende handlemuligheder også mangler overskuddet og mulighederne til at interagere med andre mennesker. På samme måde forekommer det også sandsynligt, at netop oplevelsen af at være uden autonomi i egen tilværelse også vil give sig udslag i en lavere grad af tillid, fordi man netop har en oplevelse af at tilværelsen bliver styret i en retning man kun selv i begrænset omfang kan påvirke eller ændre.

Resultaterne af analyserne skal naturligvis ses i det lys, at vi endnu ikke ved, i hvor høj grad graden af eksempelvis social kontakt er frivillig, eller om de, der har

mindre kontakt med det sociale netværk, også oplever at være mere ufrivilligt alene og savne mere kontakt med eksempelvis familie og venner. Til gengæld må man alt andet lige gå ud fra, at det at have hjælp og støtte, når man har behov for det, altid er en positiv ting, også selvom det kan være sjældent, at den enkelte oplever at have behovet for hjælp. På samme måde tolkes tillid i afhandlingen også som en overvejende positiv følelse, og en lav grad af tillid tolkes derfor altid som en negativ og ufrivillig situation. Man kan således godt for en del af den sociale dimension, der er analyseret i de ovenstående modeller konkludere, at en lav score er et udtryk for eksklusion på de pågældende områder.

I det næste afsnit vil den sociale dimension blive analyseret i et kapabilitetsperspektiv, hvor fokus rettes mod de sociale kapabiliteter, eller sagt på en anden måde, imod den måde den enkelte gerne ville have, situationen var i forhold til den sociale kontakt med den enkeltes netværk.

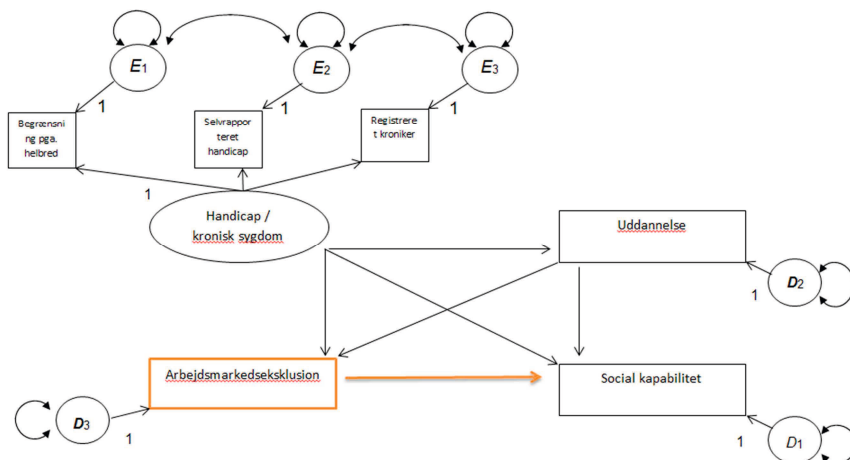
## **7.4 SOCIAL KAPABILITET**

Ligesom det gjorde sig gældende i forhold til den individuelle dimension, sætter datasættet nogle begrænsninger i forhold til operationaliseringen af social kapabilitet. Da der i datasættet kun er to typer af mål, for det man kan kalde social kapabilitet, nemlig i hvorvidt man ser personerne i de forskellige kategorier af socialt netværk (familie, venner, kolleger osv.) så hyppigt, som man gerne ville, samt hvor ofte man generelt er ufrivilligt alene, kan det ikke lade sig gøre at konstruere en latent variabel over social kapabilitet. Derfor udgøres målet for den sociale kapabilitet af et enkelt additivt index, hvor de ovenstående variable er lagt sammen. Dette betyder, at modellens teoretiske specifikationer ikke bliver nær så omfattende og det betyder også, at man kan risikere at modellens forklaringskraft, fordi den er mere simpel, bliver mindre. Dette kan imidlertid ikke undgås, da det i sagens natur ikke er muligt at komme ud over de begrænsninger datasættet sætter.

### **7.4.1 UDGANGSPUNKTSMODELLEN OVER SOCIAL KAPABILITET I**

Analysen af den sociale kapabilitet tager, ligesom alle de andre analyser, udgangspunkt i en simpel udgangspunktsmodel, der er skitseret herunder i figur 7.14. Bortset fra at den afhængige variabel, social kapabilitet, er en observeret variabel og ikke en latent variabel, ligner modellen de anden udgangspunktsmodel her i kapitlet.

Figur 7.14: Udgangspunktsmodel, social kapabilitet



Kaster vi et blik på udgangspunktsmodellens fit (figur 7.15), ses det, at modellen er signifikant ved 0.0001 niveau. Ligeledes ligger både modellens CFI værdi og SRMR værdi indenfor de ideelle grænseværdier. Modellens RMSEA er derimod med en værdi på 0.099 i den høje ende, idet den ligger over den ideelle grænseværdi på 0.05, og meget tæt på værdien 0.1, som ville tale for en forkastelse af modellen. Selvom RMSEA værdien godt kunne være bedre, er der dog samlet set ikke noget der taler for en egentlig forkastelse af modellen, og således heller ikke nogen indikationer på, at udgangspunktet for analyserne er helt skævt, men der er plads til forbedring af modellens fit. Dette billede bekræftes også, når man kigger på modellens residualer, der alle ligger under 0.1<sup>24</sup>. Der er dog særligt i forhold til RMSEA værdien potentiale for forbedringer, når modellen udbygges.

<sup>24</sup> Modellernes residualer fremsendes på forespørgsel

Figur 7.15: Model fit, udgangspunktsmodellen, social kapabilitet

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.099
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.964
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.030

Kigger vi hernæst på den forklarede varians i modellen, så forklarer modellen 15 % af variansen for den afhængige variabel social kapabilitet og 29 % af variansen på variabelen arbejdsmarkedseksklusion, når denne betragtes som en afhængig variabel af kronisk sygdom / handicap og uddannelse

Figur 7.16: Modellens forklaringskraft, udgangspunktsmodellen, social kapabilitet

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians, R <sup>2</sup>
<b>Social kapabilitet</b>	Afhængig, observeret	0.15

Som ventet forklarer modellen kun en forholdsvis begrænset del af variansen på den afhængige variabel i modellen. Dette formodes dels at skyldes modellens lidt mere simple konstruktion i forhold til netop den afhængige variabel, men forventningen er også at en yderligere udbygning af modellen vil forbedre forklaringskraften, i det den simple model ikke medtager flere relevante variable, der forventes også at have forklaringskraft.

Betrakter vi hernæst resultaterne af de beregnede effekter i modellen, tegner der sig igen et efterhånden velkendt billede. Handicap og kronisk sygdom har en klar sammenhæng med i hvor høj grad, man ønsker mere social kontakt, end man på tidspunktet har. Jo større grad af handicap eller kronisk sygdom, des større er utilfredsheden også med graden af social kontakt. Omvendt ses det at der er en moderat positiv effekt mellem social kapabilitet og arbejdsmarkedseksklusion,

hvilket skal tolkes således, at der er en moderat tendens til, at når arbejdsmarkedseksklusionen stiger, så stiger tilfredsheden også med graden af social kontakt. Det betyder også, at arbejdsmarkedseksklusionen faktisk får en positiv indvirkning på effekten af kronisk sygdom og handicap på socialkapabilitet. Dette skal forstås således, at det at stå udenfor arbejdsmarkedet faktisk forbedrer den kronisk syge eller handicappedes muligheder for at have den sociale kontakt og det sociale netværk, vedkommende gerne ville have. Dette kan formentlig hænge sammen med, at når man taler om personer med omfattende helbredsmæssige begrænsninger, så kan det at skulle passe og fastholde et job for en hver pris, være så ressourcekrævende en opgave, at det får betydelige negative konsekvenser for de øvrige elementer i den enkeltes tilværelse. Eksempelvis kontakten med familie og venner.

7.17: Modellens effekter, Maximum likelihood estimator. Udgangspunktsmodellen, social kapabilitet<sup>25</sup>

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standard fejl
Direkte effekter på social kapabilitet			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.43	-1.1	2.17
<b>Uddannelse*</b>	0.06	0.06	4.84
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	0.17	0.23	6.28
Indirekte effekter på social kapabilitet			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.08	0.21	9.2
<b>Uddannelse*</b>	-0.0008	-0.0008	1.04
Totale effekter på social kapabilitet			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.35	-0.89	1.25
<b>Uddannelse*</b>	0.06	0.06	3.8
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	0.17	0.23	6.2
Direkte effekter på arbejdsmarkedseksklusion			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.53	0.98	13.9
<b>Uddannelse*</b>	-0.005	-0.004	4.5
Indirekte effekter på arbejdsmarkedseksklusion			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.0004	0.0007	0.82
Totale effekter på arbejdsmarkedseksklusion			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.53	0.98	1.38
<b>Uddannelse*</b>	0.005	0.004	4.5
Direkte effekter på uddannelse			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.08	-0.21	2.90

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant

<sup>25</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

Som vanligt viser modellen at kronisk sygdom og handicap har en væsentligt betydning for graden af arbejdsmarkedseksklusion. Spørgsmålet er dog nu, om dette billede også holder, når modellen udbygges med flere variable, eller om interaktionen fra nogle af de tilføjede variable vil ændre effekterne fra udgangspunktsmodellen.

#### **7.4.2 DEN ENDELIGE MODEL OVER SOCIAL KAPABILITET II**

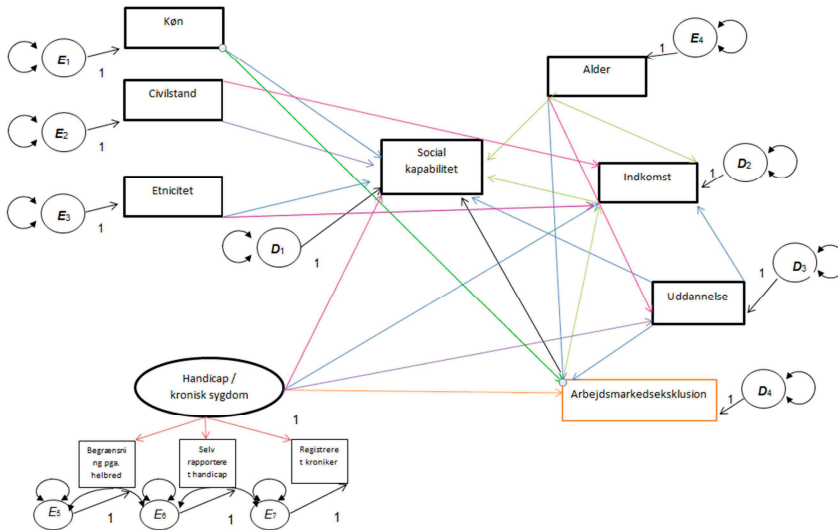
Figur 7.18 herunder viser den endelige model over sammenhængen mellem handicap og kronisk sygdom, arbejdsmarkedseksklusion og social kapabilitet. I forhold til udgangspunktsmodellen, er modellen herunder udbygget med variablene køn, alder, civilstand, familiens indkomst samt etnicitet.

I modellen er der tilføjet en direkte effekt fra køn til social kapabilitet og til arbejdsmarkedseksklusion, mens der i forhold til alder er tilføjet effekter til social kapabilitet, indkomst, uddannelse og arbejdsmarkedseksklusion. Civilstand er tilføjet modellen med direkte effekter til social kapabilitet og familiens indkomst, mens etnicitet er tilføjet modellen med en direkte effekt til social kapabilitet men også til indkomst. Sidstnævnte effekt er tilføjet, fordi en gennemgang af modellens residualer og modifikations indikator indikerede at dette ville bidrage til et bedre model fit. Teoretisk har afhandlingen ikke fokus specielt på etnicitet og betydningen heraf i forhold til eksempelvis indkomst og arbejde, men som det vil blive vist senere, er effekterne af etnicitet på indkomst yderst begrænsede, og på den baggrund er det overordnede model fit prioriteret højere end det, der taler imod at tilføje en effekt, der ikke står teoretisk centralt.

Udover de herover nævnte effekter påvirkes familiens indkomst i modellen også af uddannelsesniveau og af kronisk sygdom og handicap, mens familiens indkomst præcis som i de forgående modeller også forventes at have en direkte effekt på den sociale kapabilitet.



Figur 7.18: Den endelige model, social kapabilitet



Betrager vi modellens fit statistics, ses det, at særligt RMSEA værdien, der i udgangspunktsmodellen var problematisk høj, er markant forbedret og er nu på nede på 0.06. Dette er stadig i den høje ende, men dog kun en smule over den ideelle max værdi på 0.05 og langt under den unacceptable værdi på 0.1. Modellen er fortsat signifikant ved 0.0001 niveau, mens modellens CFI værdi nu er faldet en lille smule til 0.94, mens SRMR værdien er uændret i forhold til udgangspunktsmodellen. Samtidig er modellens residualer også fine, og der indikerers ikke her problemer<sup>26</sup>.

<sup>26</sup> Modellernes residualer fremsendes på forespørgsel

Figur 7.19: Model fit, den endelige model, social kapabilitet

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.06
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.94
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.03

Udgangspunktsmodellen forklarede en tilfredsstillende del af variansen i forhold til arbejdsmarkedseksklusionen, men den forklarede kun 15 % af variansen på den afhængige variabel social kapabilitet. Dette er dog forbedret væsentligt, når man kigger på resultaterne af den endelige model. Nu er andelen af forklaret varians fordoblet og modellen forklarer nu 29 % af variansen, hvilket vurderes at være et tilfredsstillende niveau, taget den mere simple konstruktion i modellen i betragtning.

Figur 7.20: Modellens forklaringskraft, den endelige model, social kapabilitet

Parameter	Type af variabel	Forklaret, R <sup>2</sup>
<b>Social kapabilitet</b>	Afhængig, observeret	0.29

Også den forklarede varians af arbejdsmarkedseksklusion, når denne betragtes som en afhængig variabel bl.a. forklaret af kronisk sygdom / handicap er nu forbedret til 38 %.

Men hvordan ser det så ud, når man ser på de beregnede effekter? Det billede, der indtil videre har tegnet sig igennem alle afhandlingens analyser, tegner sig, måske efterhånden ikke så overraskende, når man betragter effekterne af den endelige model over social kapabilitet. Kronisk sygdom og handicap har en stærk negativ effekt på den sociale kapabilitet, om end denne effekt bliver lidt mindre når de indirekte effekter også medregnes. Man kan således konkludere at kronisk syge og

handicappede ikke blot ser deres sociale netværk mindre hyppigt end personer uden helbredsproblemer, de er også mere utilfredse med graden af kontakt til det sociale netværk. Dette peger tydeligt på, at kronisk syge og handicappedes lavere grad af social kontakt generelt ikke er et udtryk for anderledes præferencer, men derimod et reelt udtryk for eksklusion og ufrivillig isolation.

Udover handicap og kronisk sygdom har også civilstand en svag positiv effekt, hvilket skal tolkes således, at personer der er i et fast forhold i lidt mindre grad ser venner, familie de ikke bor sammen med, kolleger etc. så hyppigt som de gerne ville. Effekten er svag, men kan måske forklares ud fra en antagelse om, at personer der er i et fast forhold også må formodes at bruge tid sammen med partneren, hvilket alt andet lige i et eller andet omfang vil mindske den tid der er til andre sociale kontakter. Sammenligner man dette med, hvor hyppigt personer i et fast forhold ser deres sociale netværk sammenlignet med personer, der ikke er i et forhold, så er der dog ingen tydelig forskel på, hvor hyppigt de to grupper faktisk er i kontakt med deres sociale netværk. Der er således ikke tale om forskelle i den faktiske ageren, men måske snarere om forskelle i det oplevede behov for kontakt til socialt netværk.

Mere overraskende er det, at der er en moderat positiv sammenhæng mellem arbejdsmarkedseksklusion og social kapabilitet. Personer med en svag tilknytning til arbejdsmarkedet er således mere tilfredse med hyppigheden af kontakten til det sociale netværk, end personer med en stærk tilknytning til arbejdsmarkedet. Samtidig angiver personer, der har en stærk tilknytning til arbejdsmarkedet generelt, at de også har mindre kontakt til deres sociale netværk end personer med en svagere tilknytning til arbejdsmarkedet (jf. afsnit 7.3), og resultatet af modellen i dette afsnit, peger således på, at den lavere grad af kontakt ikke er et udtryk for anderledes præferencer hos personer med en stærk tilknytning til arbejdsmarkedet. En oplagt forklaring på dette resultat er tidsfaktoren. Det må formodes at personer med en stærk arbejdsmarkedstilknytning både har mindre tid til kontakten med venner, familie og bekendte, samt at de også må formodes at være mindre fleksible i forhold til tidspunktet for, hvornår kontakten finder sted. Det betyder også, at arbejdsmarkedseksklusion er medvirkende til at mindske oplevelsen af ikke at have

den grad af kontakt og omgang med sit netværk, som man gerne ville, som er forårsaget af kronisk sygdom og handicap. Her er en eksklusion fra arbejdsmarkedet sammen med bl.a. det at være i et fast parforhold med til at gøre de negative sociale effekter af at være kronisk syg eller handicappet mindre. Det ser altså ikke ud til, at kronisk syge og handicappede per definition får det bedre af at komme i beskæftigelse, såfremt de står udenfor arbejdsmarkedet. Tværtimod kan der være situationer, hvor situationen forværres at forsøge at fastholde positionen på arbejdsmarkedet.

Analyserne peger således på, at en stærk tilknytning til arbejdsmarkedet har negative konsekvenser i forhold til mulighederne for social kontakt med venner, familie, bekendte etc. Det er dog vigtigt at pointere, at analyserne ikke forholder sig til, hvordan respondenterne ville prioritere, hvis de frit kunne vælge mellem en mindre grad af deltagelse på arbejdsmarkedet og mere tid til sociale kontakter. Det er slet ikke usandsynligt, at mange, hvis de blev præsenteret for det valg, alligevel ville vælge at bibeholde arbejdsmarkedsdeltagelsen, også selvom det i nogle sammenhænge går ud over kontakten til det sociale netværk. I det lys, skal analysens resultat formentlig i højere grad tolkes som et udtryk for, at arbejdsliv og fritidsliv kan være svært at balancere, mere end at det skal tolkes som en generel negativ effekt af arbejdsmarkedsdeltagelse. Denne balancegang bliver yderligere vanskeliggjort for de personer, der ovenikøbet også har helbredsmæssige problemer, og dette aspekt er vigtigt at tage med, når der eksempelvis laves indsatser for at øge arbejdsmarkedsdeltagelsen blandt denne gruppe af borgere.

7.17: Modellens effekter, Maximum likelihood estimator. Den endelige model, social kapabilitet<sup>27</sup>

Parameter	Standardiseret t koefficient	Ustandardiseret t koefficient	Standard d fejl
<b>Direkte effekter på social kapabilitet</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom**</b>	-0.63	-1.51	0.71
<b>Uddannelse**</b>	-0.09	-0.09	0.04
<b>Arbejdsmarkedseksklusion***</b>	0.25	0.35	0.22
<b>Køn***</b>	-0.09	-0.08	0.05
<b>Etnicitet**</b>	-0.05	-0.07	0.02
<b>Familiens indkomst****</b>	0.02	0.02	0.03
<b>Civilstand*</b>	0.12	0.12	0.02
<b>Indirekte effekter på social kapabilitet</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom****</b>	0.15	0.37	0.37
<b>Uddannelse****</b>	0.004	0.004	0.009
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-0.003	0.004	0.001
<b>Civilstand****</b>	0.004	0.004	0.006
<b>Alder****</b>	-0.004	-0.002	0.003
<b>Køn****</b>	0.02	0.02	0.02
<b>Etnicitet****</b>	-0.003	-0.002	0.002
<b>Totale effekter på social kapabilitet</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.47	-1.14	0.15
<b>Uddannelse*</b>	-0.09	-0.09	0.03
<b>Arbejdsmarkedseksklusion***</b>	0.25	0.35	0.22
<b>Køn***</b>	-0.07	-0.07	0.03
<b>Etnicitet*</b>	-0.05	-0.07	0.02
<b>Familiens indkomst** **</b>	0.02	0.02	0.03
<b>Civilstand*</b>	0.12	0.12	0.02
<b>Direkte effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.63	1.11	0.33
<b>Uddannelse****</b>	-0.01	-0.006	0.03
<b>Køn****</b>	0.07	0.05	0.03

<sup>27</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Alder ****</b>	-0.01	-0.01	0.07
<b>Direkte effekter på familiens indkomst</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom**</b>	-0.12	-0.28	0.13
<b>Uddannelse*</b>	0.1	0.1	0.02
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-0.16	-0.22	0.05
<b>Civilstand*</b>	-0.25	-0.24	0.02
<b>Alder ***</b>	-0.04	-0.05	0.03
<b>Etnicitet*</b>	-0.07	-0.1	0.02
<b>Indirekte effekter på familiens indkomst</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.1	-0.24	0.05
<b>Uddannelse****</b>	-0.001	-0.002	0.005
<b>Alder****</b>	0.002	0.002	0.01
<b>Køn***</b>	-0.01	-0.001	0.005
<b>Totale effekter på familiens indkomst</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.22	-0.52	0.15
<b>Uddannelse*</b>	0.1	0.09	0.02
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	0.16	0.22	0.05
<b>Civilstand*</b>	-0.26	-0.25	0.02
<b>Køn**</b>	-0.08	-0.07	0.005
<b>Alder ****</b>	-0.04	-0.05	0.04
<b>Etnicitet *</b>	-0.08	-0.1	0.02

\*Signifikant på 0.0001 niveau,\*\* signifikant på 0.01, \*\*\*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant

Mindre overraskende er det, at modellens resultater også viser, at handicap og kronisk sygdom har stor betydning for eksklusion på arbejdsmarkedet og herigennem også en moderat betydning for familiens indkomst. Dette billede har tegnet sig konsekvent gennem alle modellerne indtil videre, og det er særligt sammenhængen med arbejdsmarkedseksklusionen, der er medvirkende til, at den totale effekt af kronisk sygdom og handicap på de sociale kapabiliteter falder, når de indirekte effekter medtages. Dette bekræfter billedet af, at for kronisk syge og handicappede har arbejdsmarkedsdeltagelse i særlig grad negative konsekvenser for overskuddet til at have kontakt med det sociale netværk.

## 7.5 OPSAMLING

Analyserne i dette kapitel har vist, at hvor kronisk sygdom og handicap kan forklare en væsentlig del af den sociale dimension af eksklusion, så kan

arbejdsmarkedseksklusion ikke på samme måde siges at bidrage til en øget social eksklusion. Tværtimod peger analyserne på, at arbejdsmarkedsdeltagelsen i forhold til den sociale dimension af eksklusion, har en negativ effekt. Selvom dette formentlig ikke kan tolkes så simpelt som at arbejdsmarkedsdeltagelse bidrager til social eksklusion, men nærmere skal tolkes som et udtryk for, at arbejde og fritidsliv kan være svært at balancere, så kan antagelsen om at arbejdsmarkedseksklusion fører til social eksklusion altså afvises. Der er i analyserne intet der peger på, at man blot fordi man ikke deltager i et arbejdsrelateret fællesskab også marginaliseres i forhold til andre sociale fællesskaber. Tværtimod kan det at stå udenfor arbejdsmarkedet det for kronisk syge og handicappede i nogle tilfælde have en positiv indvirkning på deres sociale situation.

I en teoretisk kontekst peger det således på, at de forskellige sociale arenaer ikke er så tæt forbundne at en eksklusion på et område også smitter direkte af på andre områder. Heller ikke selvom der er tale om en arena der i hvert fald politisk og kulturelt fylder meget.

Til gengæld viser analyserne at personer med helbredsmæssige problemer i form af kronisk sygdom eller handicap i væsentlig højere grad oplever social eksklusion end personer uden helbredsproblemer. For gruppen af personer med helbredsmæssige problemer er balancegangen mellem arbejde og fritid særlig svær, muligvis fordi handicappet eller sygdommen begrænser udfoldelsesmulighederne begge steder, og på den måde reducerer den enkeltes overskud både hvad angår tid og andre ressourcer.

Ligeledes viser analyserne også, at den individuelle dimension af eksklusion har en betydelig forklaringskraft i forhold til den sociale dimension af eksklusion. Jo mere marginaliseret man er på den individuelle dimension, des mere marginaliseret er man også på den sociale dimension. Dette bekræfter til dels den teoretiske antagelse om, at de tre dimensioner er niveauer, der hierarkisk påvirker hinanden, men dette kan først fuldstændig bekræftes, når analyserne af den sidste dimension, den politiske dimension, er foretaget. I et mere praksisorienteret øjemed er denne

sammenhæng imidlertid også interessant. Betydningen af den individuelle dimension tyder på, at hvis man mindsker den sociale eksklusion af gruppen af kronisk syge og handicappede, så skal man på en eller anden måde øge deres individuelle autonomi og deres oplevelse af, at have kontrol og medbestemmelse over egen tilværelse – noget der netop er svagt blandt personer med kroniske sygdomme eller handicaps.



## Kapitel 8 DEN POLITISKE DIMENSION

I dette kapitel vil den tredje og sidste af de tre dimension af social eksklusion blive analyseret. De forgående analysekapitler handlede om hvordan social eksklusion udmønter sig henholdsvis i forhold til individuelle aspekter af social eksklusion omkring livsstil og oplevelse af autonomi og psykisk velbefindende og i forhold til det sociale aspekt omkring sociale relationer og socialt netværk. Dette kapitlet vil handle om den del af social eksklusion, der traditionelt set fokuseres meget på, når emnet undersøges, nemlig den faktiske samfundsmæssige deltagelse. Det betyder at kapitlet undersøger, hvordan kronisk sygdom og handicap har betydning for den enkeltes deltagelse i en række aktiviteter, og i særdeleshed i hvor høj grad tilknytningen til arbejdsmarkedet positivt eller negativt ændrer den enkeltes samfundsmæssige deltagelse.

Samfundsmæssig deltagelse er naturligvis et ganske komplekst begreb, der kan dække over rigtig mange ting. I dette kapitel og i denne afhandling, forstås deltagelse eller engagement i samfundet som en kompleks og bagvedliggende faktor, der bl.a. kommer til udtryk igennem konkret deltagelse i forskellige typer af sociale eller samfundsrelaterede aktiviteter. Som det også er beskrevet i afhandlingens metodiske kapitel, opereres der med fire forskellige typer af deltagelse, nemlig det der her er kaldt kulturel deltagelse, deltagelse i netværk eller klubber, deltagelse i motion og idræt samt deltagelse i foreningsliv. Helt konkret er der for hver type af deltagelse lavet et additivt index, hvor en række af forskellige typer af aktiviteter er samlet til et index over en overordnet type af deltagelse. Det kan eksempelvis være aktiviteter som det at gå i biografen, at gå til koncerter, på museum, at benytte natur tilbud eller deltage i aktiviteter som kulturnat, der er nogle af de aktiviteter, der udgør indexet "kulturel deltagelse". Inden indexene endeligt er lavet, er der foretaget en confirmatory faktor analyse, som har bekræftet at de forskellige variable faktisk også hænger sammen når man ser på faktor loadings.

Når man på denne måde måler graden af deltagelse på en række forskellige parametre, måler man det, der i kapabilitetstilgangens optik betegnes faktiske functionings. Man måler altså i hvor høj grad den enkelte faktisk deltager. Dette giver et vigtigt indblik i den enkeltes engagement og deltagelse i samfundet, men som eneste mål for social eksklusion i forhold til deltagelsesdimensionen har det nogle mangler. Graden af faktisk deltagelse siger nemlig ikke ret meget om, i hvor høj grad den enkelte potentielt gerne ville deltage mere, hvis mulighederne eller omstændighederne tillod det. Det siger heller ikke noget om, i hvor høj grad den enkelte er tilfreds med det omfang vedkommende deltager, eller om hun oplever sig begrænset i forhold til mulighederne for deltagelse. Social eksklusion er per definition ufrivilligt. En person der af egen fri vilje ikke deltager i eksempelvis foreningsliv er derfor ikke som sådan ekskluderet. For at tage højde for denne problematik, er der i forhold til den politiske dimension ligesom for de øvrige dimensioner ikke bare målt og analyseret den faktiske grad af deltagelse. I sidste halvdel af kapitlet foretages analyserne også af det man kan betegne kapabiliteten til deltagelse, som er et mål for i hvor høj grad den enkelte deltager i det omfang vedkommende gerne selv vil eller om der er en difference mellem det den enkelte gør og det den enkelte gerne ville gøre.

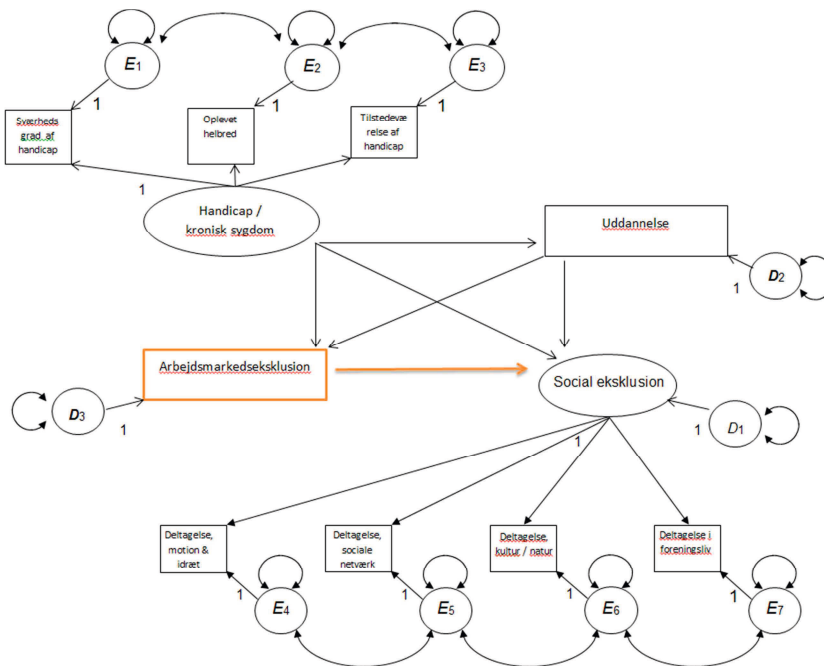
## **8.1 UDGANGSPUNKTSMODELLEN FOR DEN POLITISKE DIMENSION**

Ligesom ved analyserne af de to forrige dimensioner tager også analyserne af den politiske dimension udgangspunkt i en simpel udgangspunktsmodel, der er beskrevet mere detaljeret i afhandlingens metodiske kapitel, og som også er gengivet i figur 8.1 herunder.

Modellen viser den forventede sammenhæng mellem handicap og kronisk sygdom på den ene side og den politiske dimension af social eksklusion på den anden side. Denne samme forventes endvidere påvirket af arbejdsmarkedseksklusion samt af uddannelsesniveauet. Ligesom i de forrige kapitler er forventningen, at et højt uddannelsesniveau vil mindske graden af social eksklusion, og altså her konkret øge graden af deltagelse, mens forventningen modsat den generelle teoretiske opfattelse er, at arbejdsmarkedseksklusion kun spiller en begrænset rolle for den sociale

eksklusion og graden af deltagelse, på samme måde som det har gjort sig gældende for de to forgående dimension af social eksklusion.

Figur 8.1: Udgangspunktsmodellen for den politiske dimension



Ligesom for den individuelle og den sociale dimension er også den uafhængige variabel, handicap og kronisk sygdom, i modellen for den politiske dimension en latent variabel der måles på tre indikatorer henholdsvis tilstedeværelse og antal af kroniske sygdomme registreret i Region Nordjyllands kroniker register, selvrapporteret kronisk sygdom og handicaps samt graden af oplevede begrænsninger som følge af sygdom eller handicap. Denne latente variabel er identisk med den tilsvarende variabel i de forgående analyser og vil derfor ikke blive gennemgået yderligere her. Det samme gør sig gældende for variabelen arbejdsmarkedseksklusion og for variabelen uddannelse. Den variabel der adskiller

sig er målet for social eksklusion, der her netop måler social eksklusion på den politiske dimension.

Det betyder at den latente variabel social eksklusion nu måles på de fire index over forskellige typer af deltagelse, der er beskrevet herover. For at være sikker på, at de fire index over deltagelse faktisk også er valide mål for samme bagvedliggende latente variabel, er der indledningsvis foretaget en confirmatory faktor analyse på de fire index. Hvis de fire index kan anvendes som mål for samme bagvedliggende faktor, skal de loade tilstrækkeligt sammen. Sagt på en anden måde – hvis de fire typer af deltagelse alle kan benyttes om udtryk eller mål for den politiske dimension af social eksklusion, skal de alle samme score tilstrækkeligt højt i faktor analysen. Helt konkret betyder det, at alle tre index ideelt skal opnå faktor loadings på minimum 0.3 og gerne højere, uden at de dog bliver så høje, at der tegn på ekstrem multikollinearitet. I figur 8.2 herunder vises resultaterne af faktor analysen. Som det fremgår af tabellen har alle fire index en loading på over 0.3. To har en loading på 0.4 og to på 0.5. Det er således rimeligt at antage, at de fire index er mål for den bagvedliggende faktor, der i afhandlingen kaldes ”social eksklusion”, og efterfølgende benytte dem til at skabe den latente variabel ”social eksklusion” i analysernes modeller.

*Figur 8.2: CFA, social eksklusion, den politiske dimension*

Item	Standardiseret loading	factor	Standardfejl
<b>Kulturel deltagelse*</b>	0.4		0.02
<b>Deltagelse i netværk/ klubber*</b>	0.5		0.02
<b>Deltagelse motion / idræt*</b>	0.5		0.02
<b>Deltagelse i foreningsliv*</b>	0.4		0.02

\*Signifikant på 0.0001 niveau

Betrager vi i første ombæring de indledende resultater fra analyserne af modellen, altså de resultater som viser modellens data fit og dens forklaringskraft, Så ser vi at modellen samlet set har et udmærket datafit. Modellen er signifikant på 0.0001

niveau, mens dens RMSEA værdi ligger på 0.065 altså også ganske tæt på den ideelle værdi på max 0.05, mens værdien af CFI ligger på 0.93 og altså meget tæt på idealet på 0.95. Modellens SRMR værdi ligger på 0.041 og derfor langt fra den maximalt acceptable værdi på 0.1. Tilsvarende gør det sig gældende for modellens residualer, der også alle ligger under 0.1<sup>28</sup>.

*Figur 8.3: Udgangspunktsmodellens model fit*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.065
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.93
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.041

Af en udgangspunktsmodel, der stadig teoretisk kan og skal udbygges er modellens fit fuldt ud acceptabelt, ligesom en gennemgang af modellens residualer heller ikke indikerer nogen problemer, der skal tages højde for i det videre arbejde.

Vender vi derimod blikket mod modellens forklaringskraft er resultatet knap så godt. Modellen forklarer kun 8 % af variansen på den afhængige variabel social eksklusion. Modellen har således på nuværende tidspunkt ikke nogen voldsomt overbevisende forklaringskraft. Dette er imidlertid teoretisk ikke så mærkeligt. For det første er modellen en simpel udgangspunktsmodel, der endnu ikke har medtaget variable som eksempelvis indkomst som man kan forvente vil have en vis betydning for graden af deltagelse. Derudover tager modellen på nuværende tidspunkt heller ikke højde for den teoretiske antagelse om, at de to første dimensioner af social eksklusion påvirker den tredje dimension af den sociale eksklusion. I det lys er det ikke alarmerende, men nærmest teoretisk forventeligt, at

---

<sup>28</sup> Modellernes residualer fremsendes på forespørgsel

udgangspunktsmodellen ikke forklarer en ret stor andel af variansen for den sociale eksklusion.

*Figur 8.4: Modellens forklaringskraft. Udgangspunktsmodellen, den politiske dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians, $R^2$
<b>Social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.08

Samtidig forklarer modellen ca. 1/3 af variansen for den mellemkommende variabel ”arbejdsmarkedseksklusion”, når denne betragtes som en afhængig variabel forklaret af handicap / kronisk sygdom og uddannelse. Dette betyder at henholdsvis kronisk sygdom og handicap sammen med uddannelsesniveauet tilsammen forklarer en tredjedel af den varians, der er i forhold til arbejdsmarkedseksklusion.

### 8.1.1 UD GANGSPUNKTSMODELLENS EFFEKTER I

Hvad viser den indledende analyse så, når det kommer til effekterne i modellen? Modellen viser helt overordnet set, at den stærkeste effekt på social eksklusion kommer fra uddannelsesniveau. Her er der tale om en moderat negativ effekt, forstået på den måde, at når uddannelsesniveauet stiger, så falder den sociale eksklusion på den politiske dimension. Jo højere uddannet man er, des mindre ekskluderet er man og des mere deltager man. Overraskende nok, er der her ingen umiddelbar effekt af kronisk sygdom og handicap, hvilket må betragtes som meget overraskende, i det netop denne variabel har været central for de to øvrige dimensioner af social eksklusion. I den overraskende ende af resultaterne findes der også en svag negativ sammenhæng mellem arbejdsmarkedseksklusion og social eksklusion. Det betyder, der er en svag tendens til, at personer der er mindre inkluderede på arbejdsmarkedet faktisk deltager mere i andre aktiviteter.

Figur 8.5: Modellens effekter, Maximum likelihood estimer. Udgangspunktsmodellen, den politiske dimension<sup>29</sup>

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standard fejl
Direkte effekter på social eksklusion			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.05	0.12	0.009
<b>Uddannelse*</b>	-0.24	-0.03	0.006
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-0.14	-0.006	0.003
Indirekte effekter på social eksklusion			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.001	-0.0001	0.04
<b>Uddannelse*</b>	0.001	0.02	0.01
Totale effekter på social eksklusion			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.05	0.02	0.007
<b>Uddannelse*</b>	-0.24	-0.03	0.006
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-0.01	-0.05	0.003
Direkte effekter på arbejdsmarkedseksklusion			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.59	0.99	0.05
<b>Uddannelse*</b>	-0.03	-0.03	0.01
Indirekte effekter på arbejdsmarkedseksklusion			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.003	0.005	0.001
Totale effekter på arbejdsmarkedseksklusion			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.59	0.99	0.05
<b>Uddannelse*</b>	-0.03	-0.03	0.01
Direkte effekter på uddannelse			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.1	-0.18	0.03

<sup>29</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

For de øvrige to variable, uddannelse og arbejdsmarkedseksklusion, tegner modellen samme billede, som også kom til udtryk i analyserne af den individuelle og sociale dimension. Handicap og kronisk har en stærk positiv effekt på arbejdsmarkedseksklusion, hvilket sagt på en anden måde betyder, at handicap og kronisk sygdom kraftigt øger sandsynligheden for at blive ekskluderet fra arbejdsmarkedet, mens effekten af handicap og kronisk sygdom på uddannelse kun er svag negativ. Selvom en del empiriske undersøgelser har påvist at handicappede typisk er dårligere uddannede end gennemsnittet i befolkningen, findes effekten ikke i disse analyser. Dette tilskrives først og fremmest at analyserne anvender en bred målgruppe, der både dækker over handicappede og kronisk syge, og ikke kun over handicappede med bestemte diagnoser. En stor andel af de kronisk syge og handicappede, der optræder i denne undersøgelse vil derfor have lidelser, som først er kommet til eller blevet omfattende i gennem voksenlivet. Dette betyder, at en stor del af de kronisk syge og handicappede i denne undersøgelse sandsynligvis ikke var kronisk syge eller handicappede, i den alder, hvor man normalt har kontakt med uddannelsessystemet.

Effekterne i modellen skal dog læses med det betydelige forbehold, at der er tale om en udgangspunktsmodel, der trods et udmærket model fit ikke har nogen imponerende forklaringskraft. Det er derfor ganske sandsynligt, at effekterne kan ændre sig, når modellen udbygges.

## **8.2 DEN UDBYGGEDE MODEL FOR DEN POLITISKE DIMENSION**

Netop fordi udgangspunktsmodellen er en forsimplet model, er modellen efterfølgende udbygget med flere variable og kausale stier. Denne udbygning er sket i to stadier. I det første stadie som gennemgås i dette afsnit, tilføjes en række relevante baggrundsvariable til modellen. I det næste stadie, som vil blive gennemgået i afsnit 8.3, udbygges modellen yderligere med de to første dimensioner, den individuelle og den sociale. Det gøres fordi der teoretisk er en forventning og at netop de to forgående dimensioner har betydning for den tredje og sidste dimension. Modellen er først udbygget med baggrundsvariablene, for i første omgang at undersøge hvilke baggrundsvariable, der har betydning og

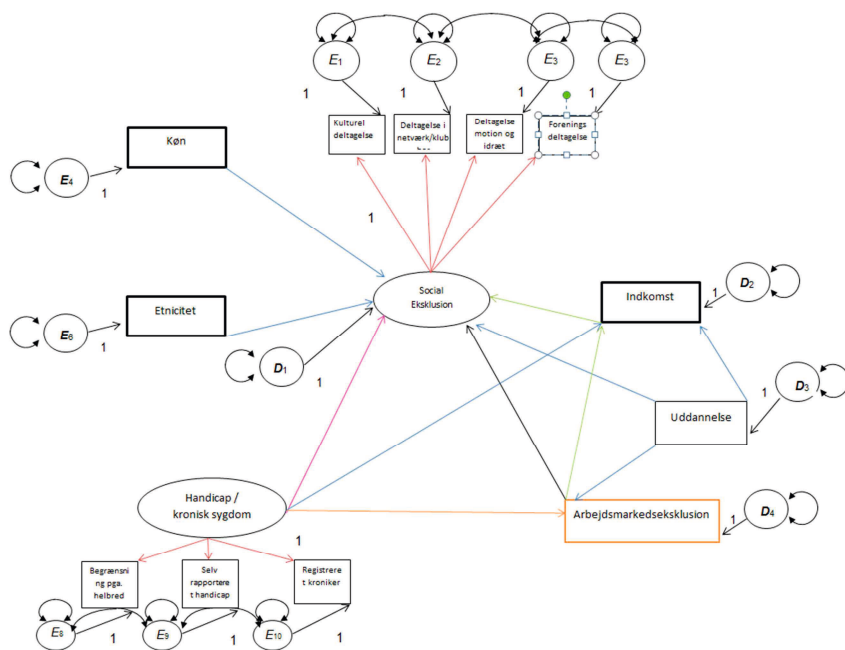


forklaringskraft inden en helt kompliceret model med fem latente variable konstrueres. Dette afspejler arbejdsprocessen med modellerne, og ønsket har her været først at analysere effekten på baggrundsvariablene og på den baggrund beslutte hvorvidt og hvordan de to øvrige dimensioner skulle inkorporeres i modellen.

I dette afsnit analyseres modellen, der er udvidet med en række baggrundsvariable. Modellen er i første omgang forsøgt udvidet med variablene køn, alder, civilstand, etnicitet og familiens indkomst. Køn er i modellen tilføjet først og fremmest som en kontrolvariabel med en enkelt direkte effekt til social eksklusion. Det samme gør sig gældende i forhold til etnicitet. Alder var oprindeligt tilføjet modellen med effekter dels til social eksklusion og til uddannelse, indkomst og arbejdsmarkedseksklusion, men da variablen gav et markant forværret model fit og ikke bidrog med en bedre forklaringskraft eller stærke effekter er den fjernet igen. Det samme gør sig gældende for civilstand, som oprindeligt blev tilføjet modellen med en effekt til social eksklusion samt til familiens indkomst.

Den udvidede model, som den endte med at se ud kan ses herunder i figur 8.6.

Figur 8.6: Den udvidede model, den sociale dimension



Resultatet af analyserne af den udvidede model viser, at modellens model fit forbedres, når modellen udvides. Modellen er fortsat signifikant på 0.0001 niveau, og RMSEA værdien er nu nede på 0.51 og rammer således den ideelle max værdi på 0.5. Værdien af modellens CFI er i forhold til udgangspunktsmodellen uændret, mens SRMR værdien falder yderligere til 0.038. Modellens residualer indikerer heller ikke problemer med modellens fit<sup>30</sup>.

<sup>30</sup> Modellernes residualer fremsendes på forespørgsel

Figur 8.7: Den udvidede models fit, den politiske dimension

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.051
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.9
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.038

Alt i alt er modellens fit forbedret, og der er ikke noget, der taler for en forkastelse af modellen og de hypoteser, den bygger på.

Men som altid er model fit ikke alene nok til at vurdere, om modellen er god eller ej. Udover at modellen teoretisk skal være velbegrundet, og empiriske skal passe til stikprøvens data, så skal en god model også have en rimelig forklaringskraft i forhold til de variable, den forsøger at forklare. Og her er der stadig problemer i forhold til analyserne af den politiske dimension. Modellen forklarer fortsat kun 8 % af variansen på den afhængige variabel social eksklusion.

Figur 8.8: Modellens forklaringskraft. Den udvidede model, den politiske dimension

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians, R <sup>2</sup>
<b>Social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.08

Den lave forklaringskraft særligt i forhold til den politiske dimension af social eksklusion, indikerer tydeligt at centrale, forklaringer på nuværende tidspunkt er udeladt fra modellen. Dette styrker antagelsen om, at de tre dimensioner hænger sammen og at de to første dimensioner påvirker udfaldet på den tredje dimension. Denne tese vil blive yderligere forfulgt i afsnit 8.3.

## 8.2.1 DEN UDBYGGEDE MODELS EFFEKTER II

Selvom modellens forklaringskraft er relativt begrænset, er det alligevel relevant at se, hvad der sker med modellens effekter, når de nævnte variable tilføjes i modellen.

Overordnet set, tegner der sig nogenlunde samme billede, som gjorde sig gældende i udgangspunktsmodellen. Dog er der nu svag effekt af handicap og kronisk sygdom på den sociale eksklusion forstået sådan, at når graden af handicap og kronisk sygdom stiger, så stiger også den sociale eksklusion på den politiske dimension, og kronisk syge og handicappede deltager således lidt mindre i end gennemsnittet i forskellige samfundsmæssige aktiviteter. Omvendt er effekten af arbejdsmarkedseksklusion på social eksklusion nu væk, mens uddannelsesniveau fortsat har en moderat negativ effekt på social eksklusion. Højt uddannede deltager mere end lavt uddannede. Udover uddannelse har også køn en, dog svagere, effekt på den sociale eksklusion. Her er det mænd, der klarer sig dårligere end kvinder, eller sagt på en anden måde, deltager kvinder lidt mere i de forskellige aktiviteter end mænd.

*Figur 8.9: Modellens effekter, Maximum likelihood estimer. Den udvidede model, den politiske dimension<sup>31</sup>*

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standard fejl
Direkte effekter på social eksklusion			
<b>Handicap / kronisk sygdom**</b>	0.1	0.02	0.006
<b>Uddannelse*</b>	-0.22	0.03	0.005
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-0.04	0.006	0.003
<b>Køn*</b>	0.15	0.02	0.003
<b>Etnicitet**</b>	-0.02	-0.004	0.002

---

<sup>31</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Familiens indkomst**</b>	-0.02	-0.002	0.002
<b>Indirekte effekter på social eksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom**</b>	-0.01	-0.02	0.03
<b>Uddannelse*</b>	0.01	0.001	0.0001
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-0.004	-0.001	0.0003
<b>Totale effekter på social eksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.1	0.02	0.006
<b>Uddannelse*</b>	-0.21	-0.03	0.005
<b>Arbejdsmarkedseksklusion***</b>	-0.04	-0.01	0.003
<b>* Køn*</b>	0.15	0.02	0.004
<b>Etnicitet*</b>	-0.03	-0.004	0.002
<b>Familiens indkomst**</b>	-0.02	0.002	0.002
<b>Direkte effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.56	0.93	0.05
<b>Uddannelse*</b>	-0.05	-0.03	0.01
<b>Indirekte effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.003	0.005	0.002
<b>Totale effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.58	0.94	0.05
<b>Uddannelse*</b>	-0.04	-0.04	0.01
<b>Direkte effekter på familiens indkomst</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.06	-0.1	0.04
<b>Uddannelse*</b>	0.2	0.2	0.01
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-0.24	-0.26	0.02
<b>Indirekte effekter på familiens indkomst</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.15	-0.27	0.02
<b>Uddannelse*</b>	0.01	0.01	0.002
<b>Totale effekter på familiens indkomst</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.2	-0.37	0.03
<b>Uddannelse*</b>	0.19	0.18	0.01
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-0.23	-0.26	0.02
<b>Direkte effekter på Uddannelse</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.1	-0.15	0.03

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant

Også i den udvidede model har handicap og kronisk sygdom en stærk effekt på arbejdsmarkedseksklusionen, mens indkomst påvirkes moderat negativt af handicap og kronisk sygdom samt arbejdsmarkedseksklusion og moderat positivt af et højt

uddannelsesniveau. Ligesom det gjorde sig gældende for modellerne for den sociale og den individuelle dimension er effekten af handicap og kronisk sygdom på indkomst i høj grad indirekte gennem arbejdsmarkedseksklusion. Det er således kun i meget begrænset omfang at handicappede og kronisk syge har en lavere indkomst fordi de som en samlet gruppe generelt er lavere lønnede, derimod skyldes den lavere indkomst at de i betydeligt højere grad ekskluderes fra arbejdsmarkedet.

### **8.3 DEN ENDELIGE MODEL**

Resultaterne af de første to modeller, udgangspunktsmodellen og den udvidede model, gav udemærkede model fit, hvilket indikerede at modellens overordnede struktur og sammensætning stemte fint overens med stikprøvens data. Til gengæld havde begge modeller begrænset forklaringskraft og kun begrænsede, moderate effekter. Dette tyder på, at selvom modellerne passede fint på data, så er der faktorer af central betydning, de ikke medtager. Teoretisk giver dette på mange måder god mening. Den tredelte autonomi model, der ligger til grund for afhandlingens definition af social eksklusion, opererer med tre dimensioner af autonomi eller eksklusion om man vil. Det er imidlertid til diskussion, hvorvidt de tre dimensioner er selvstændige og indbyrdes uafhængige dimensioner, eller om der i stedet er tale om tre på hinanden følgende niveauer af eksklusion. Denne afhandling har teoretisk lagt sig op ad den tolkning, som betragter de tre dimensioner som tre på hinanden følgende niveauer. Den bagvedliggende hypotese er derfor, at den individuelle dimension forklarer en central del af udfaldet på den sociale dimension, hvilket også blev påvist at gøre sig gældende i kapitel 7. Ligeledes antages det, at den individuelle og den sociale dimension begge har en central forklaringskraft for udfaldet på den politiske dimension. Eller formuleret på en lidt mere mundret måde: de personer, som oplever en høj grad af psykisk og livsstilmæssig belastning, som mangler kontrol og autonomi over egen tilværelse og som savner socialt netværk og kontakt vil også være mindre tilbøjelige til at deltage i samfundsrettede aktiviteter.

Da resultaterne af de to første modeller indikerer, at der mangler centrale forklaringer i modellerne, er det oplagt at teste denne hypotese om sammenhæng mellem de tre dimensioner. Derfor er den udvidede model nu udvidet yderligere

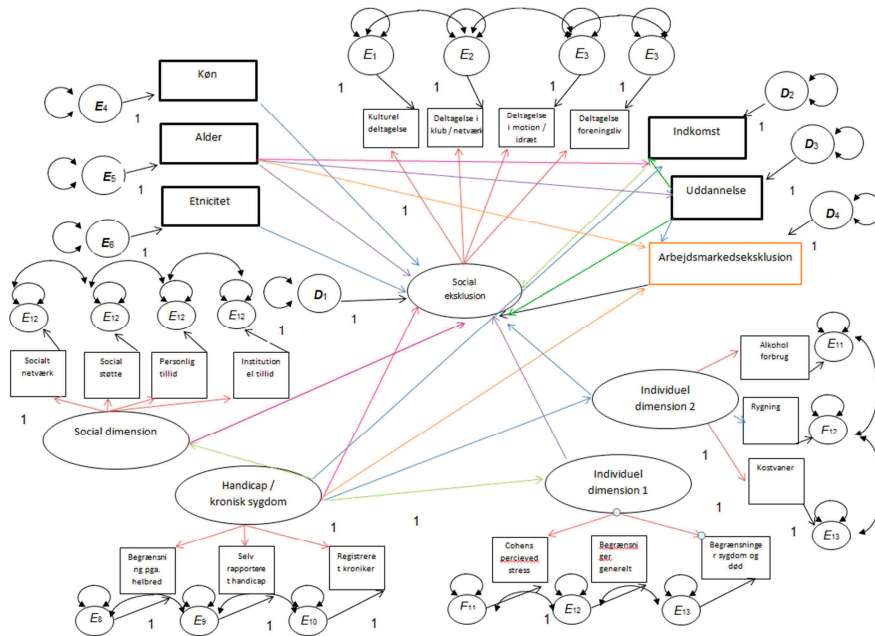
med henholdsvis en latent variabel kaldet den *sociale dimension* samt med to latente variable kaldet *Individuel dimension 1* og *individuel dimension 2*. Variablen *social dimension* er identisk med den tilsvarende variabel i kapitel 7 om den sociale dimension, mens variablen *individuel dimension 1* dækker over den individuelle, psykologiske dimension gennemgået i kapitel 6, mens variablen *individuel dimension 2*, dækker over den individuelle, livsstilmæssige dimension også gennemgået i kapitel 6.

Både den sociale dimension og de to individuelle dimensioner er i modellen placeret som mellemkommende variable. Det betyder, at der i modellen er beregnet en effekt fra handicap og kronisk sygdom til den sociale og de individuelle dimensioner samt en effekt fra den sociale og de individuelle dimensioner til den politiske dimension af social eksklusion.

Udover de tre nye latente variable er alder igen medtaget i modellen. Dette skyldes, at alder i denne helt udbyggede model ikke giver problemer for model fit. Alder har, som det vil blive gennemgået senere, ikke afgørende betydning for den politiske dimension af den sociale eksklusion, men har til gengæld en hvis forklaringskraft i forhold til uddannelse, indkomst og arbejdsmarkedseksklusion. Da alder først og fremmest er en empirisk kontrolvariabel, og ikke forværrer modellens fit, er det valgt at bibeholde alder i modellen, selvom variablen ikke er central for modellens afhængige variabel.

Den endelige model kan ses herunder i figur 8.10. Figuren er kompleks og kan synes uoverskuelig. Den er alligevel brugt som illustration på modellen, netop fordi den viser kompleksiteten i det problem, der undersøges i afhandlingen og fordi den – kompleksiteten til trods – giver et visuelt billede på den statistiske model.

## 8.10: Den endelige model, den politiske dimension



Som altid analyseres allerførst modellen fit og forklaringskraft. Modellen er signifikant på 0.0001 niveau. Samtidig er modellen RMSEA værdi på 0.06 og altså lige akkurat over den ideelle værdi på 0.05. Værdien af modellens CFI ligger på 0.9 og er altså fortsat høj og uændret i forhold til den udvidede model i afsnit 8.2, mens SRMR værdien med en værdi på 0.059 ligger langt under den tilladte max værdi på 0.1. Dette gør sig også gældende i forhold til modellens residualer<sup>32</sup>. Der er altså ikke noget i modellens fit statistics som taler for en forkastelse af modellen, og der er ikke sket markante ændringer i forhold til den udvidede model i afsnit 8.2.

<sup>32</sup> Modellernes residualer fremsendes på forespørgsel



Figur 8.11: Den endelige models fit, den politiske dimension

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.06
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.9
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.059

Betrakter vi derimod modellens forklaringskraft, er der sket en markant forbedring. Hvor den udvidede model, afsnit 8.2 blot forklarede 8 % af variansen for den politiske dimension af social eksklusion, forklarer modellen nu hele 51 %, hvilket er en yderst tilfredsstillende forklaringskraft.

Figur 8.12: Modellens forklaringskraft. Den endelige model, den politiske dimension

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians, R <sup>2</sup>
<b>Social eksklusion, Politisk</b>	Afhængig, latent	0.51

Samtidig forklarer modellen 80 % af variansen på den individuelle, psykologiske dimension, når denne betragtes som en afhængig variabel, forklaret af kronisk sygdom og handicap. Dette er på baggrund af resultaterne fra kapitel 6 ikke overraskende, idet handicap og kronisk sygdom alene forklarede en meget stor del af variansen på denne latente variabel. Modellen forklarer mindre andele af den individuelle, livsstilmæssige dimension og den sociale dimension, når disse betragtes som afhængige variable forklaret af kronisk sygdom og handicap. Dette er forventeligt idet, der kun i modellen er medtaget direkte effekter fra handicap og kronisk sygdom til disse to variable. Resultaterne fra kapitel 6 og 7 viste netop, at selvom handicap og kronisk sygdom spiller en central rolle for begge variable, så har andre variable også stor forklaringskraft. Disse effekter er imidlertid ikke medtaget i modellen, for ikke at gøre modellen mere kompliceret end højest

nødvendigt, og fordi der trods alt er grænser for, hvor kompleks en model, det er muligt at konstruere.

Alt i alt tyder både model fit og modellens forklaringskraft på, at den teoretiske antagelse om sammenhæng mellem de tre dimensioner giver mening at medtage i modellen.

### **8.3.1 DEN ENDELIGE MODELS EFFEKTER III**

Det store spørgsmål er nu, om de beregnede effekter i modellen også støtter antagelsen om sammenhæng mellem de tre dimensioner. Ligeledes er det også centralt hvilken effekt arbejdsmarkedseksklusion samt handicap og kronisk sygdom har, når der også tages højde for effekten af de to første dimension af social eksklusion.

Vender vi blikket mod resultaterne herunder i figur 8.13, ses det, at når alle dimensioner af social eksklusion medtages i modellen, stiger den direkte effekt af handicap og kronisk sygdom på den politiske dimension af social eksklusion betydeligt. Der er også en betydelig indirekte effekt af variabelen gennem de to individuelle og den sociale dimension. Hvor handicap og kronisk sygdom i den udvidede model i afsnit 8.2 ikke havde nogen synderlig effekt, har handicap og kronisk sygdom nu en meget stærk effekt på den politiske dimension af social eksklusion. Til gengæld har arbejdsmarkedseksklusion fortsat ingen selvstændig effekt på den politiske dimension af social eksklusion, ligesom arbejdsmarkedseksklusion heller ikke ændrer effekten af kronisk sygdom og handicap. Handicap og kronisk sygdom har derimod også i denne model en moderat effekt på arbejdsmarkedseksklusion. Man kan altså sige, at handicap og kronisk sygdom har en meget stor betydning for, i hvor høj grad den enkelte deltager i samfundsrettede aktiviteter og, dog i lidt mindre omfang, også for i hvor høj grad man deltager på arbejdsmarkedet. Men det at deltage på arbejdsmarkedet gør hverken fra eller til i forhold til den enkeltes generelle samfundsmæssige deltagelse, og det mindsker ikke den deltagelsesmæssige begrænsning, kronisk syge og handicappede oplever.

Resultaterne viser endvidere, at både de to individuelle dimensioner og den sociale dimension alle har en moderat til stærk effekt på den politiske dimension. Dog skal effekten af den individuelle, livsstilsmæssige dimension (individuel dimension 2) læses med det forbehold, at standardfejlen på denne korrelation er ganske høj. For de to andre dimension, den sociale og den psykologisk individuelle, taler resultaterne derimod mere entydigt for, at antagelsen om sammenhæng mellem de tre dimensioner holder.

Man kan naturligvis diskutere, om sammenhængen mellem de tre dimensioner kun går den ene vej, eller om den politiske dimension også påvirker den individuelle og den sociale dimension. Teoretisk giver det første dog mere mening. Det faktum at 84 % og 85 % af variansen på de to individuelle dimensioner jævnfør analyserne i kapitel 6 er forklaret af kronisk sygdom og handicap og de øvrige baggrundsvariable, ligesom 50 % af variansen på den sociale dimension jævnfør analyserne i kapitel 7 er forklaret af handicap og kronisk sygdom, den ene individuelle dimension samt baggrundsvariable, taler heller ikke for, at den politiske dimension ville have kunnet forklare en nær så stor del af variansen på de øvrige dimensioner.

*Figur 8.13: Modellens effekter, Maximum likelihood estimator. Den endelige model, den politiske dimension<sup>33</sup>*

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standard fejl
<b>Direkte effekter på social eksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom**</b>	0.41	0.17	0.4
<b>Uddannelse*</b>	-0.12	-0.02	0.008
<b>Arbejdsmarkedseksklusion***</b>	-0.07	-0.02	0.01
<b>*Køn*</b>	0.1	0.02	0.007
<b>Etnicitet****</b>	0.01	0.002	0.01

<sup>33</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Familiens indkomst** **</b>	-0.02	-0.003	0.008
<b>Alder***</b>	-0.06	-0.02	0.01
<b>Individuel dimension 1**</b>	0.42	0.27	0.2
<b>Individuel dimension 2 ****</b>	0.59	0.22	11.5
<b>Social dimension*</b>	0.26	0.09	0.03
<b>Indirekte effekter på social eksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom**</b>	0.34	0.14	0.4
<b>Uddannelse****</b>	0.0001	0.0001	0.0001
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	0.003	0.001	0.0001
<b>Alder*</b>	-0.05	-0.01	0.005
<b>Totale effekter på social eksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom**</b>	0.75	0.31	0.02
<b>Uddannelse*</b>	-0.12	-0.02	0.008
<b>Arbejdsmarkedseksklusion***</b>	-0.06	-0.01	0.01
<b>* </b>			
<b>Køn*</b>	0.1	0.02	0.008
<b>Etnicitet***</b>	0.01	0.03	0.01
<b>Familiens indkomst*** *</b>	-0.02	-0.02	0.008
<b>Alder**</b>	-0.11	-0.03	0.01
<b>Individuel dimension 1**</b>	0.42	0.27	0.18
<b>Individuel dimension 2 ****</b>	0.59	0.22	11.5
<b>Social dimension*</b>	0.26	0.09	0.03
<b>Direkte effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.35	0.47	0.05
<b>Uddannelse***</b>	-0.1	-0.04	0.02
<b>Alder*</b>	0.12	0.1	0.02
<b>Indirekte effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Alder**</b>	-0.02	-0.02	0.008
<b>Totale effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.35	0.47	0.05
<b>Uddannelse***</b>	-0.05	-0.04	0.04
<b>Alder*</b>	0.1	0.13	0.03
<b>Direkte effekter på familiens indkomst</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom**</b>	-0.07	-0.13	0.05
<b>Uddannelse*</b>	0.14	0.14	0.02
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-0.2	-0.28	0.04
<b>Alder**</b>	0.07	0.08	0.03
<b>Indirekte effekter på familiens indkomst</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.07	-0.13	0.02
<b>Uddannelse**</b>	0.1	0.01	0.005
<b>Alder*</b>	0.03	0.04	0.02
<b>Totale effekter på familiens indkomst</b>			

<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.13	-0.26	0.05
<b>Uddannelse*</b>	0.15	0.15	0.02
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-0.2	-0.28	0.04
<b>Alder*</b>	0.1	0.13	0.03
<b>Direkte effekter på uddannelse</b>			
<b>Alder*</b>	0.36	0.50	0.03
<b>Direkte effekter på individuel dimension 1</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.89	0.58	0.06
<b>Direkte effekter på individuel dimension 2</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom***</b>	0.1	0.08	0.06
<b>Direkte effekter på social dimension</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.31	0.38	0.05

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant

Udover handicap og kronisk sygdom og de individuelle og den sociale dimension, har også alder, uddannelse og køn svage effekter på den politiske dimension af social eksklusion. Alder og uddannelse har en negativ effekt, forstået på den måde at når alderen og uddannelsesniveauet stiger, så falder den sociale eksklusion. I forhold til køn, deltager mænd lidt mindre end kvinder, men både for uddannelse, køn og alder gælder det at sammenhængen kun er svag.

### 8.3.2 OPSAMLING

I de forgående afsnit er det, man kan kalde functionings niveauet i forhold til den politiske dimension af social eksklusion, blevet analyseret. Med functioningsniveauet forstås det enkelte individs faktiske ageren i forhold til den politiske dimension af social eksklusion. Mere præcist henviser dette altså til, i hvor høj grad den enkelte faktisk deltager i en række forskellige samfundsrettede aktiviteter, eksempelvis foreningsliv, kultur og netværk. Analyserne er blevet foretaget i tre stadier, og til hvert stadie er knyttet en statistisk model. I de første to stadier blev sammenhængen mellem den politiske dimension af social eksklusion, kronisk sygdom og handicap og arbejdsmarkedseksklusion analyseret. I det første og indledende stadie var modellen holdt helt simpel og indeholdt kun en enkelt variable udover de nævnte, nemlig uddannelsesniveau. I det efterfølgende stadie var modellen udbygget med flere yderligere baggrundsvARIABLE. Fælles for begge

modeller var, at selvom de begge passede ganske udmærket på stikprøvens data, så var deres forklaringskraft og de beregnede effekter sparsomme. Den eneste variabel der gav en nævneværdig effekt på social eksklusion, var uddannelsesniveauet og selv denne effekt var kun moderat. Hverken handicap og kronisk sygdom eller arbejdsmarkedseksklusion havde i disse modeller nogen nævneværdig effekt på den sociale eksklusion. Til gengæld havde handicap og kronisk sygdom præcis som også set i de forgående kapitler en central effekt på arbejdsmarkedseksklusion.

Disse resultater indikerede derfor, at selvom den samlede model passede fint til stikprøvens data, så var der forklaringer af social eksklusion, modellen ikke tog højde for. Der var altså tegn på, at der manglede en eller flere centrale variable i modellen. Dette resultat styrkede afhandlingens hypotese om, at de tre dimensioner af social eksklusion ikke skal betragtes som tre selvstændige og uafhængige dimensioner, men derimod som niveauer der trinvist er hinandens forudsætninger. En hypotese der også til dels blev bekræftet i forhold til den sociale dimension analyseret i kapitel 7.

For at teste denne tese yderligere, blev en samlet model, hvor alle tre dimensioner optrådte, konstrueret. Modellen havde fortsat den politiske dimension som afhængige variabel, mens de to dele af den individuelle dimension samt den sociale dimension i modellen er placeret som mellemkommende variable, der er påvirket af kronisk sygdom og handicap og som påvirker den politiske dimension.

Denne model gav nogle markant anderledes resultater. Modellen passede fortsat fint på stikprøvens data, men modellens forklaringskraft i forhold til den politiske dimension af social eksklusion steg markant fra 8 % til 51 %. Samtidig ændredes effekterne, så der nu var en stærk effekt af kronisk sygdom og handicap, i høj grad på grund af den indirekte effekt af kronisk sygdom og handicap gennem den individuelle og den sociale dimension. Den individuelle og den sociale dimension havde ligeledes selvstændige effekter på den politiske dimension. Jo mere ekskluderet på de to første dimensioner, den enkelte er, des større er sandsynligheden for at vedkommende også er ekskluderet på den politiske dimension og ikke deltager ret meget i samfundsrettede aktiviteter.

Dette fund bekræfter afhandlingens hypotese om sammenhæng mellem de tre dimensioner, og der peges derfor på en præcisering af teorien, således at det tydeliggøres at dimensionerne er niveauer, der har betydning for hinanden. Ligeledes viste resultaterne også med al tydelighed, at arbejdsmarkedseksklusion hverken har nogen videre selvstændig betydning, for den enkeltes deltagelse i samfundsrettede aktiviteter, ligesom arbejdsmarkedseksklusionen heller ikke ændrede noget ved effekten af kronisk sygdom og handicap på den sociale eksklusion. Sammenholdt med resultaterne af analyserne af de to første dimensioner, der heller ikke fandt nogen nævneværdig effekt af arbejdsmarkedseksklusion på social eksklusion, hverken som en selvstændig effekt eller som et interaktionsled mellem handicap / kronisk sygdom og social eksklusion, taler resultaterne nu ganske stærkt for en bekræftelse af handlingens hypotese om, at arbejdsmarkedseksklusion og arbejdsmarkedsdeltagelse ikke er afgørende for den sociale eksklusion. Inden denne tese endeligt kan bekræftes mangler dog den sidste analyse i forhold til den politiske dimension, nemlig kapabilitetsniveauet og spørgsmålet om, om de personer, der er ekskluderet på arbejdsmarkedet faktisk oplever at deltage mindre, end de gerne ville.

## **8.4 POLITISK KAPABILITET**

I dette afsnit vil det, der fremadrettet vil blive betegnet som politisk kapabilitet og ikke mindst betydning af kronisk sygdom og handicap for den politiske kapabilitet blive analyseret. Begrebet politisk kapabilitet dækker her i afhandlingen over kapabiliteten til samfundsrettet deltagelse, eller sagt på en anden måde, i hvor høj grad den enkelte deltager i det omfang, vedkommende gerne ville. Teoretisk er dette centralt, når man taler om social eksklusion og deltagelse, i det det kan være problematisk alene at betragte den faktiske grad af deltagelse som et udtryk for eksklusion. Forskellige mennesker har forskellige interesser og præferencer, og manglende deltagelse er således særligt et problem, når det skyldes manglende muligheder for at deltage og ikke et bevidst fravalg pga. præferencer.

Ligesom det generelt har gjort sig gældende for analyserne af kapabilitetsniveauet i afhandlingen, er også analysen af den politiske kapabilitet begrænset en de muligheder for operationalisering, der ligger i datasættet. Det betyder at datasættet

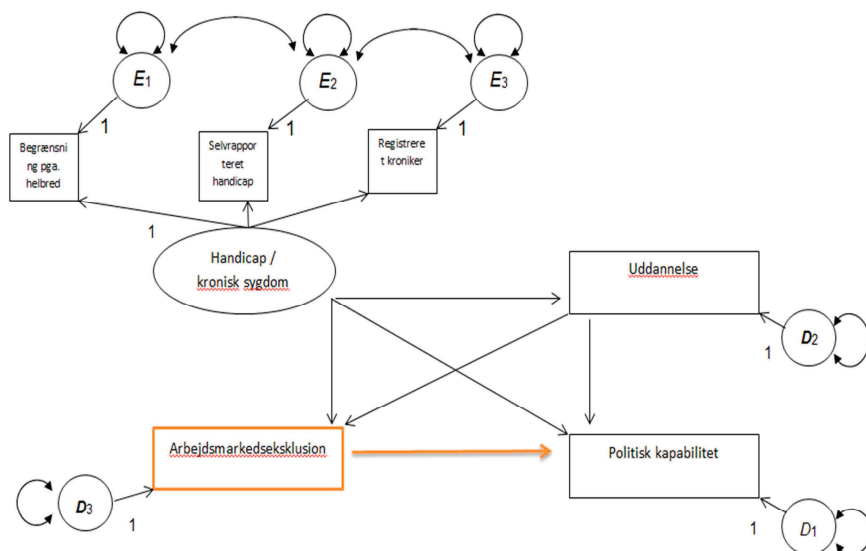
ikke indeholder tilstrækkeligt mange forskellige mål på, i hvor høj grad man gerne ville deltage til at man kan konstruere en samlet latent variabel. Det betyder at følgelig at analyserne af den politiske kapabilitet vil anvende et enkelt index over politisk kapabilitet som afhængig variabel og altså ikke en mere kompleks operationalisering af begrebet, selvom dette ville have været ideelt både teoretisk og metodisk. Det anvendte index måler den enkelte respondents tilfredshed med graden af egen deltagelse generelt. I spørgeskemaet spørges der til om man deltager så meget som gerne ville på forskellige områder. Respondenten kan så svare ja og nej. Dette giver en række binære variable der er lagt sammen i et additivt til index, der samlet set måler den politiske kapabilitet. Da der er tale om en væsentlig mere simpel og begrænset operationalisering af begrebet, forventes det, at modellens forklarakraft og effekter også vil blive tilsvarende mindre, fordi der nu kun analyseres på en meget begrænset del af et ganske komplekst begreb.

#### **8.4.1 UD GANGSPUNKTSMODELLEN OVER POLITISK KAPABILITET I**

Som det også har været tilfældet ved afhandlingens øvrige analyser tager også analyserne af den politiske kapabilitet udgangspunkt i en simpel udgangspunktsmodel, der kan ses herunder i figur 8.14. Modellen ligner grundlæggende de øvrige udgangspunktsmodeller, blot er den afhængige variabel nu en enkelt observeret variabel, nemlig indexet over politisk kapabilitet. Den uafhængige variabel er fortsat en latent variabel, der måler kronisk sygdom og handicap, mens modellen også indeholder de to mellemkommende variable uddannelse og arbejdsmarkedseksklusion.



Figur 8.14: Udgangspunktsmodel, politisk kapabilitet



Samlet set har udgangspunktsmodellen et rigtig godt fit i forhold til stikprøvens data. Modellen er signifikant ved 0.0001 niveau og samtlige af modellens øvrige fit statistisk ligger indenfor de ideelle værdier for de enkelte mål. Der er således intet, der taler for en forkastelse af modellen. Modellen er dog stadig simpel og der kan stadig på baggrund af eksisterende empirisk viden argumenteres for, at der mangler at blive medtaget flere relevante baggrundsvARIABLE.

Figur 8.15: Model fit, udgangspunktsmodellen, politisk kapabilitet

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.036
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.995
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.013

Selvom modellen passede rigtig godt på stikprøvens data, indikerer modellens forklaringskraft alligevel, at der er nogle problemer i modellen. Modellen forklarer kun meget lidt af den afhængige variabel politisk kapabilitet. Selvom det er forventet, at modellens forklaringskraft i særlig grad vil være påvirket af operationaliseringens begrænsninger, er forklaringskraften alligevel i den laveste ende.

*Figur 8.16: Modellens forklaringskraft, udgangspunktsmodellen, politisk kapabilitet*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, $R^2$
<b>Social kapabilitet</b>	Afhængig, observeret	0.03

Der er altså indikationer på, at der er forklaringer på den politiske kapabilitet, som modellen ikke medtager.

Når vi vender blikket mod modellens beregnede effekter, afspejler den begrænsede operationalisering samt modellens begrænsede forklaringskraft sig naturligt nok også. Effekterne i modellen er ikke stærke. Alligevel tegner der sig dog samme tendens som er set gennem hele analysen, nemlig at den variabel, der trods alt har den stærkeste effekt er kronisk sygdom og handicap. Her er effekten negativ hvilket skal tolkes således, at kronisk syge og handicappede i mindre omfang end andre deltager lige så meget som de gerne ville. Igen er der ingen effekt af arbejdsmarkedseksklusion, og der er altså ikke noget, der tyder på, at arbejdsmarkedseksklusion forværrer oplevelsen af, ikke at deltage så meget som man gerne ville.

Figur 8.17: Modellens effekter, Maximum likelihood estimer. Udgangspunktsmodellen, politisk kapabilitet<sup>34</sup>

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standard fejl
<b>Direkte effekter på politisk kapabilitet</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.12	-0.18	0.07
<b>Uddannelse*</b>	0.08	0.06	0.02
<b>Arbejdsmarkedseksklusion***</b>	0.02	0.02	0.02
<b>Indirekte effekter på politisk kapabilitet</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom****</b>	0.006	0.009	0.03
<b>Uddannelse***</b>	-0.001	-0.007	0.003
<b>Totale effekter på politisk kapabilitet</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.12	-0.18	0.05
<b>Uddannelse*</b>	0.08	0.06	0.02
<b>Arbejdsmarkedseksklusion***</b>	0.02	0.02	0.03
<b>Direkte effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.62	1.09	0.08
<b>Uddannelse***</b>	-0.05	-0.04	0.02
<b>Indirekte effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom***</b>	0.003	0.006	0.003
<b>Totale effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.63	1.1	0.08
<b>Uddannelse***</b>	-0.05	-0.04	0.02
<b>Direkte effekter på uddannelse</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom***</b>	-0.1	-0.14	0.03

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant

Som det er vist i samtlige af afhandlingens modeller har kronisk sygdom og handicap til gengæld også her en stærk effekt på arbejdsmarkedseksklusion.

<sup>34</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

Kronisk syge og handicappede ekskluderes simpelthen oftere fra arbejdsmarkedet end personer uden helbredsmæssige problemer, hvilket på mange måder ikke er specielt overraskende.

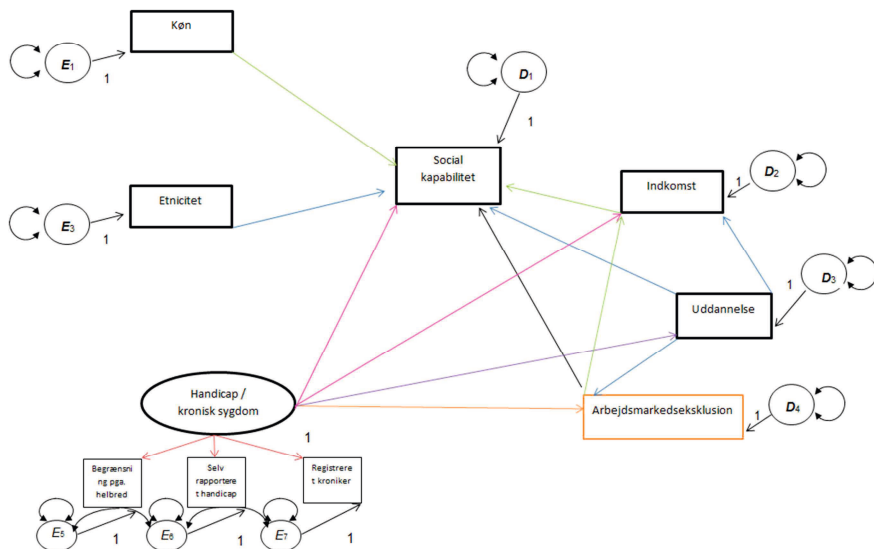
#### **8.4.2 DEN ENDELIGE MODEL OVER POLITISK KAPABILITET II**

En årsag til udgangspunktsmodellens meget lave forklaringskraft, er sandsynligvis, til dels at der er variable, som har betydning og forklaringskraft, som ikke er medtaget i den helt simple model. En anden forklaring skal med al sandsynlighed findes i operationaliseringens begrænsninger og måden spørgsmålet om ønsket deltagelse er stillet på i spørgeskemaet. Den sidste del kan der ikke gøres meget ved, i det det ikke er muligt komme ud over de begrænsninger, der er i datasættet. Den første del forsøges det imidlertid at tage højde for ved at udbygge modellen med flere variable.

Derfor er modellen i første omgang forsøgt udbygget med variablene køn, alder, etnicitet, civilstand og familiens indkomst. Resultaterne at dette viste, at hvor køn, etnicitet og indkomst fungerede godt i modellen og ikke resulterede i et dårligt modelfit, så gav alder og civilstand betydelige problemer for modellens fit til data. Dette var på mange måder ikke overraskende, da samme resultat også gjorde sig gældende for den tilsvarende model i afsnit 8.2. Derfor blev civilstand og alder droppet fra modellen igen.

I den endelige model er køn og etnicitet tilføjet som kontrolvariable med en enkelt direkte effekt hver til social kapabilitet. Indkomst er tilføjet som mellemkommende variabel med en direkte effekt til social kapabilitet og påvirket af effekter fra handicap og kronisk sygdom, uddannelse og arbejdsmarkedseksklusion. Modellen kan ses herunder i figur 8.18.

Figur 8.18: Den endelige model, politisk kapabilitet



Modellens samlede fit i forhold til stikprøvens data er rigtig godt. Modellen er signifikant ved 0.0001 niveau og alle fit statistics rammer helt indenfor de ideelle værdier. Der altså ikke noget i forhold til modellens fit, der taler for en forkastelse af modellen.

Figur 8.19: Model fit, den endelige model, politisk kapabilitet

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.037
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.981
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.020

Ser vi på modellens forklaringskraft, er denne stadig begrænset, men dog forbedret i forhold til udgangspunktsmodellen. Modellen forklarer nu 10 % af variansen på den afhængige variabel social kapabilitet.

*Figur 8.20: Modellens forklaringskraft, den endelige model, politisk kapabilitet*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, $R^2$
<b>Social kapabilitet</b>	Afhængig, observeret	0.10

Samtidig forklarer modellen 39 % af variansen på den mellemkommende variabel arbejdsmarkedseksklusion, når denne betragtes som en afhængig variabel af bl.a. handicap og kronisk sygdom. Igen er det særligt forklaringskraften i forhold til social kapabilitet, der er central. Forklaringskraften i forhold til arbejdsmarkedseksklusion er ikke direkte relevant, men rimelig høj forklaret varians på arbejdsmarkedseksklusion sammen med en stærk effekt af handicap og kronisk sygdom og ingen effekt af arbejdsmarkedseksklusion på social eksklusion, styrker afhandlingens hypotese om, at der ikke er klar sammenhæng mellem social eksklusion og arbejdsmarkedseksklusion. De to fænomener sameksisterer imidlertid i en hvis grad, fordi begge er forårsaget af samme bagvedliggende faktorer, i særdeleshed kronisk sygdom og handicap.

Dette bekræftes også af de beregnede effekter i denne model. Her ses det igen tydeligt, at handicap og kronisk sygdom kraftigt påvirker arbejdsmarkedseksklusionen og herigennem også familiens indkomst. Til gengæld påvirker arbejdsmarkedseksklusion ikke politiske kapabilitet. Der er således ikke nogen sammenhæng mellem grad af tilknytning til arbejdsmarkedet og i hvor høj grad man er tilfreds med graden af egen deltagelse i samfundsrettede aktiviteter. Ligeledes ændrer arbejdsmarkedseksklusion eller status i forhold til arbejdsmarkedet heller ikke ved effekten af kronisk sygdom og handicap på den politiske kapabilitet, når arbejdsmarkedseksklusion fungerer som mellemkommende interaktionsled. Der er altså ikke noget, som indikerer, at arbejdsmarkedsdeltagelse skulle få kronisk syge og handicappede til at være mere tilfredse med deres

generelle samfundsmæssige deltagelse. Hverken ved at øge deres faktisk deltagelse eller ved at ændre deres opfattelse af deltagelsesgraden.

Det der har betydning for den politiske kapabilitet, om end der ikke er tale om voldsomt stærke effekter, er kronisk sygdom og handicap og uddannelsesniveau. Her påvirker et højt uddannelsesniveau positivt, således at jo højere uddannelse man har, des mere tilfreds er man med graden af egen deltagelse. Omvendt er effekten af handicap og kronisk sygdom negativ, og jo mere handicappet eller kronisk syg man er, des mindre tilfreds er man med egen deltagelsesgrad. Dette giver for så vidt god mening, da man alt andet lige må antage, at personer der er hårdt ramt af kroniske sygdomme eller handicaps, også vil møde flere begrænsninger i forhold til mulighederne for deltagelse på grund af deres helbredsmæssige problemer.

Analyserne viser således, at de grupper, der faktisk deltager mindst i samfundsrettede aktiviteter, nemlig handicappede og kronisk syge samt lavt uddannede, også er de grupper, der er mindst tilfredse med egen deltagelsesgrad. Analysen peger derfor på, at der er en rimelig grad af overensstemmelse mellem den faktiske deltagelsesgrad og tilfredsheden med egen deltagelse. Resultaterne viser derfor at ikke bare deltager handicappede og kronisk syge samt lavt uddannede mindre, de oplever også i højere grad at deres manglende deltagelse er ufrivillig, og man kan derfor med rette tale om, at gruppen reelt er mere ekskluderet end gennemsnittet i befolkningen.

Figur 8.21: Modellens effekter, Maximum likelihood estimer. Den endelige model, politisk kapabilitet<sup>35</sup>

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standard fejl
<b>Direkte effekter på politisk kapabilitet</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom**</b>	-0.1	-0.14	0.07
<b>Uddannelse**</b>	0.1	0.07	0.2
<b>Arbejdsmarkedseksklusion***</b>	-0.01	-0.01	0.03
<b>* Køn****</b>	-0.001	-0.001	0.02
<b>Etnicitet****</b>	-0.02	-0.03	0.03
<b>Familiens indkomst****</b>	0.001	0.001	0.02
<b>Indirekte effekter på politisk kapabilitet</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom***</b>	-0.01	-0.02	0.03
<b>Uddannelse*</b>	0.001	0.001	0.0002
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	0.0001	0.0001	0.00001
<b>Totale effekter på politisk kapabilitet</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.12	-0.16	0.05
<b>Uddannelse*</b>	0.1	0.06	0.02
<b>Arbejdsmarkedseksklusion***</b>	-0.01	-0.01	0.03
<b>* Køn****</b>	-0.001	-0.001	0.02
<b>Etnicitet****</b>	-0.03	-0.03	0.03
<b>Familiens indkomst** **</b>	0.001	0.001	0.02
<b>Direkte effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.62	1.1	0.08
<b>Uddannelse*</b>	-0.06	-0.05	0.02
<b>Indirekte effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom***</b>	0.003	0.005	0.003
<b>Totale effekter på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	0.62	1.1	0.08
<b>Uddannelse*</b>	-0.06	-0.05	0.02
<b>Direkte effekter på familiens indkomst</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom****</b>	-0.01	-0.02	0.07

<sup>35</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.



<b>Uddannelse*</b>	0.2	0.2	0.02
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-0.3	-0.3	0.04
<b>Indirekte effekter på familiens indkomst</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.19	-0.33	0.05
<b>Uddannelse*</b>	0.02	0.02	0.006
<b>Totale effekter på familiens indkomst</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom*</b>	-0.2	-0.34	0.06
<b>Uddannelse*</b>	0.22	0.21	0.02
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-0.28	-0.3	0.03
<b>Direkte effekter på uddannelse</b>			
<b>Handicap / kronisk sygdom**</b>	-0.06	-0.1	0.06

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant

Trods de metodiske og operationaliseringsmæssige begrænsninger givet af data, bekræfter resultatet af analyserne alligevel samme mønster som er gået igen i alle analyserne. Nemlig at handicap og kronisk sygdom er en væsentlig årsag til såvel social eksklusion som arbejdsmarkedseksklusion. Til gengæld har arbejdsmarkedseksklusion ingen effekt hverken på den faktiske deltagelse eller på oplevelsen af, at deltage mindre end man selv ønsker.

## 8.5 AFSLUTNING

Dette kapitel har analyseret den tredje og sidste af de tre dimensioner af social eksklusion, nemlig den politiske dimension. Analyserne har med stor tydelighed vist, at hvor handicap og kronisk sygdom spiller en central rolle for denne del af den sociale eksklusion samt for arbejdsmarkedseksklusionen, så har arbejdsmarkedseksklusion ingen effekt af betydning på den sociale eksklusion. Kronisk syge og handicappede er således dårligere stillet end gennemsnittet både hvad angår deltagelse på arbejdsmarkedet og deltagelse i andre samfundsrettede aktiviteter, men de er ikke bedre stillet i forhold til generel samfundsmæssig deltagelse fordi de deltager på arbejdsmarkedet.

Analysen bekræfter samme tydelige tendens, som også er påvist i forhold til analyserne af den individuelle og den sociale dimension. Og man kan på denne baggrund konkludere, at forestillingen om, at eksklusion fra arbejdsmarkedet

uvilkårligt fører til tab af netværk og social kontakt, manglende deltagelse, marginaliseret livsstil og tab af autonomi over egen tilværelse ikke kan påvises empirisk. Tværtimod viser resultaterne ganske tydeligt, at selvom arbejdsmarkedseksklusion og social eksklusion i rimelig vid udstrækning sameksisterer, så er der ingen kausalsammenhæng fra arbejdsmarkedseksklusion til social eksklusion. Derimod er både arbejdsmarkedseksklusion og social eksklusion uanset hvilken dimension af eksklusion man betragter, i vid udstrækning forårsaget af samme bagvedliggende faktor nemlig kronisk sygdom og handicap. Det er i høj grad derfor fænomenerne sameksisterer, og ikke fordi en eksklusion fra arbejdsmarkedet fører social eksklusion med sig.

Resultatet er således både positivt og negativt. Positivt er det, at arbejdsmarkedseksklusion slet ikke spiller den store rolle i forhold til det øvrige sociale liv, som den ofte tillægges. Det betyder, man ikke per definition mister sin plads i det store fællesskab, blot fordi man mister sit arbejde. De to arenaer er altså ikke så tæt sammenvævede, som de ofte fremstilles, og det sociale fællesskab rækker langt udover blot at være et arbejdsfællesskab. Omvendt viser resultaterne også, at kronisk syge og handicappede i ganske vid udstrækning ekskluderes både fra arbejdsmarkedet men også i en mere generel samfundsmæssig kontekst. Kronisk sygdom og handicap stiller således de personer, det rammer, langt mere vanskeligt ikke blot i forhold til helbredsmæssige udfordringer, men også i forhold til arbejdsmarkedet og i særdeleshed i forhold til samfundet generelt. Og da problemet netop ikke kan løses, blot ved at fokusere på at øge arbejdsmarkedsdeltagelsen, er det følgelig langt mere komplekst at øge den generelle, samfundsmæssige integration og deltagelse blandt kronisk syge og handicappede.

Udover at vise samme tendens som også gjorde sig gældende for de to foregående dimensioner af social eksklusion, har analyserne også testet hypotesen, om at de tre dimensioner af social eksklusion er tre hierarkiske niveauer, der påvirker hinanden. Allerede i analyserne af den anden dimension, den sociale dimension, sås det, at den første dimension, den individuelle dimension, i vid udstrækning har betydning for udfaldet på den sociale dimension. Jo mindre autonomi den enkelte oplever at have over egen tilværelse, jo mere stress og større grad af belastning vedkommende

har, des større er risikoen for også at opleve eksklusion på den sociale dimension og altså mangle socialt netværk og støtte og generel tillid til andre mennesker og samfundet.

Analyserne af den tredje og sidste dimension, den politiske dimension, viste tydeligt, at både den sociale og den individuelle dimension har stor betydning for graden af eksklusion på den politiske dimension. Inden disse dimensioner blev medtaget i modellen, havde modellen en yderst begrænset forklaringskraft og kun begrænsede effekter. Da de to dimensioner efterfølgende blev medtaget i modellen steg forklaringskraften markant fra 8 % til over 50 %. Der er ingen tvivl om, at den sociale og den individuelle dimension har en afgørende forklaringskraft i forhold til den politiske dimension. Ligeledes havde begge dimensioner både tydelige selvstændige effekter på den politiske dimension, lige så vel som de fungerede som interaktionsled mellem handicap og kronisk sygdom og social eksklusion. Handicap og kronisk sygdom havde alene kun en relativt begrænset effekt på social eksklusion, men når den indirekte effekt gennem den individuelle og den sociale dimension medtages, blev effekten af handicap pludselig meget stærk.

Analyserne viser således, at den individuelle trivsel og oplevelsen af at have kontrol og autonomi over eget liv og livsprojekt er helt afgørende, hvis social eksklusion skal forhindres og hvis socialt medborgerskab skal kunne realiseres. Uden den individuelle trivsel og autonomi, svækkes den enkeltes forudsætninger for at deltage både i socialt samvær og sociale og samfundsrettede aktiviteter. Og særligt netop i forhold til autonomi og trivsel, har analyserne identificeret den største forklaringskraft og de stærkeste effekter af kronisk sygdom og handicap.



## Kapitel 9 DE FORSKELLIGE KATEGORIER AF HANDICAPS BETYDNING

I de foregående tre kapitler, er sammenhængen mellem handicap og kronisk sygdom og hver af de tre dimensioner af social eksklusion analyseret. Analyserne viste ganske entydigt, at arbejdsmarkedseksklusion ikke har nogen afgørende betydning for den sociale eksklusion af kronisk syge og handicappede generelt, men at sygdom og handicap er den primære årsag til såvel eksklusion fra arbejdsmarkedet som generel social eksklusion.

Handicappede og kronisk syge er imidlertid ikke nogen homogen gruppe af borger, og selvom sammenhængen mellem handicap og eksklusion generelt er stærk, så kan der sagtens være store forskelle indenfor den meget forskelligartede gruppe af borgere, som er ramt enten et handicap eller en kronisk sygdom. Man kan naturligvis dele gruppen af kronisk syge og handicappede op i en lang række af forskellige undergrupper eksempelvis ved at opdele dem efter uddannelse, alder, køn, indkomst og lignende faktorer. Disse faktorer er dog i vid udstrækning allerede medtaget i analyserne i de forgående kapitler. Det, analyserne i de forgående kapitler mangler er derimod viden om hvorvidt og i hvor høj grad det har betydning for den sociale eksklusion og arbejdsmarkedseksklusionen, hvilken type af kronisk sygdom og handicap, den enkelte har. Er det eksempelvis blot det, at have en eller anden form for handicap eller helbredsmæssig begrænsning, der øger risikoen for eksklusion, eller er nogle grupper af handicappede og kronisk syge mere udsatte i forhold til eksklusion end andre? Dette spørgsmål vil blive besvaret i dette kapitel.

Ligesom i de forgående kapitler, er også analyserne i dette kapitel bygget op omkring strukturelle ligningsmodeller, hvor social eksklusion, arbejdsmarkedseksklusion og handicap og kronisk sygdom sættes ind i en samlet

statistisk model, der også medtager en række andre faktorer. Modellerne der analyseres i dette kapitel ligner helt grundlæggende, de modeller der blev konstrueret i hvert af de tre forgående kapitler. Den primære forskel er, at handicap nu ikke længere er en samlet latent variabel, men derimod en enkelt variabel, der måler de enkelte diagnosetyper. Til gengæld er der i modellen nu kontrolleret for sygdommen eller handicappets sværhedsgrad målt som graden af begrænsninger og smerter / ubehag som følge af sygdommen. Det datasæt, der er benyttet i denne afhandling, indeholder en række variable der hver især måler, hvorvidt den enkelte respondent har, tidligere har haft eller aldrig har haft en af de pågældende lidelser eller handicap. Der er således ikke en samlet variabel over de forskellige diagnosetyper, men en række af variable, som måler de enkelte diagnoser. Man kunne i princippet godt have samlet alle disse mål til en enkelt variabel, men dette ville give nogle metodiske problemer, da flere af respondenterne i undersøgelsen har mere end en enkelt diagnose og derfor ikke kun ville kunne indplaceres i enkelt diagnosekategori. For at undgå denne problemstilling og for i det hele taget at undgå så mange ændringer af datasættet som muligt, er der i stedet valgt at lave en selvstændig model, for hver diagnosekategori og i stedet sammenligne resultaterne på tværs af modellerne.

Der er i alt ni forskellige diagnosekategorier<sup>36</sup>, og for hver kategori er der lavet en selvstændig model. Modellerne for hver kategori er identiske, med undtagelse af, at den uafhængige variabel, diagnosetypen, skiftes ud for hver model.

Da social eksklusion i denne afhandling er operationaliseret i tre dimension, er analyserne i dette afsnit også delt op omkring hver af de tre dimensioner. For hver af de tre dimensioner er sammenhængen mellem social eksklusion, arbejdsmarkedseksklusion og de enkelte diagnoser analyseret. Målet med analyserne er at undersøge om nogle typer af diagnoser eller handicaps i højere grad medfører en risiko for social eksklusion på hver af de tre dimensioner, og om det at være ekskluderet fra arbejdsmarkedet har større betydning for personer med nogle

---

<sup>36</sup> I datasættet er der dog i alt 18 diagnosekategorier, men kategorierne er slået sammen til 9 hovedkategorier. Eksempelvis er alle gigtidelser slået sammen til en kategori.

typer af handicap eller diagnoser end andre. Kapitlet er derfor opdelt i tre afsnit hvor det første afsnit behandler den første dimension, den individuelle dimension, det andet afsnit behandler den anden dimension, den sociale dimension mens det tredje afsnit behandler den tredje dimension, den politiske dimension.

## **9.1 DEN INDIVIDUELLE DIMENSION**

I kapitel 6 blev den individuelle dimension af social eksklusion og betydningen af handicap og kronisk sygdom generelt herfor analyseret. Generelt viste resultaterne her, at handicap og kronisk sygdom generelt har en helt afgørende betydning for oplevelsen af social eksklusion på den individuelle dimension, mens det at have et arbejde ikke spillede nogen central rolle. I kapitlet blev den individuelle dimension opsplittet i to under dimensioner, henholdsvis en psykologisk dimension og en livsstilmæssig dimension. Det gav teoretisk god mening, ligesom de empiriske resultater også talte for denne opsplitning. I dette afsnit vil hver af de to under dimensioner blive behandlet separat og med særligt fokus på forskellene mellem de forskellige grupper af handicappede og kronisk syge opdelt efter diagnose / handicap type.

### **9.1.1 DE PSYKOLOGISKE ASPEKTER AF DEN INDIVIDUELLE DIMENSION**

Den første af de to underdimensioner handler om de psykologiske aspekter i forhold til den individuelle dimension af social eksklusion. Som det er beskrevet i kapitel 6, dækker dette begreb over den enkeltes oplevelse af at have kontrol og autonomi over egen tilværelse. Det handler om følelsen af stres og uoverskuelig og om oplevelsen af at være belastet af en lang række forhold, som begrænser muligheden for at handle, overskue fremtiden og træffe selvstændige beslutninger. Disse forhold hænger generelt meget stærkt sammen med tilstedeværelsen af kronisk sygdom og handicap.

For at undersøge om der er forskel på kronisk syge og handicappede med forskellige typer af diagnoser eller handicaps og oplevelser af at mangle autonomi og kontrol over egen tilværelse, er modellen i figur 9.1 herunder konstrueret.

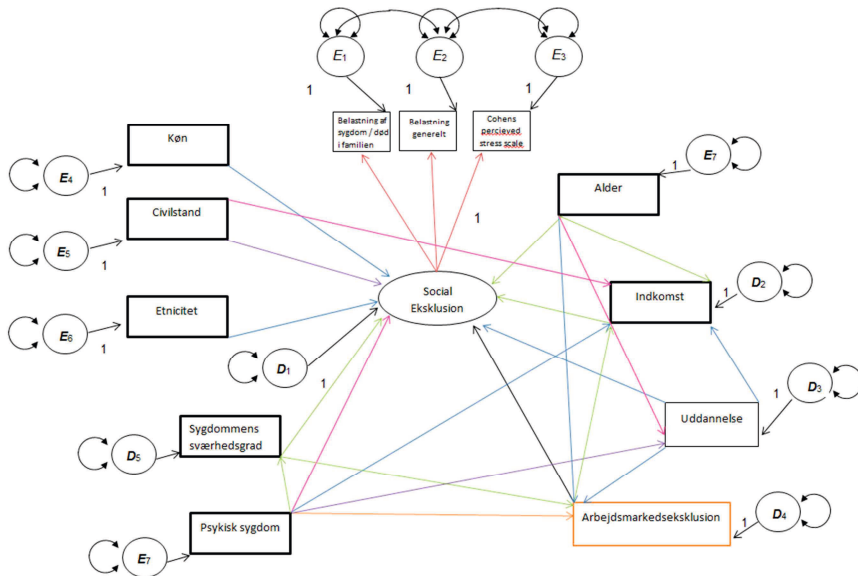
Modellen er identisk med den tilsvarende model i kapitel 6, blot er handicap variabelen nu skiftet ud med en enkelt variabel, der måler tilstedeværelsen af specifikke diagnoser. I figur 9.1 er modellen vist for diagnosen psykiske sygdomme, men modellen er, som beskrevet tidligere kørt med ni forskellige diagnose kategorier. De ni kategorier er:

- Psykisk sygdom
- Migræne og andre kroniske smerter
- Bevægeapparatslidelser såsom forskellige gigtdiagnoser
- Cancer
- Diskusprolaps og rygsår
- Hjertesygdomme
- Luftvejssygdomme fx kol og astma
- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen
- Sansebegrænsninger som tinnitus og synsnedtættelser

Listen omfatter ikke alle typer af handicap eller kroniske sygdomme. Dette skyldes udelukkende, at der i datasættet kun er mål for de diagnoser, som er medtaget på listen. Det betyder, at analyserne ikke kan give et fuldstændigt udtømmende billede af forskellene mellem de forskellige typer af handicap og sygdomme, og at resultaterne skal læses med bevidstheden om, at enkelte typer af handicaps og sygdomme ikke er medtaget i analyserne. Analyserne viser dog stadig forskellene mellem de fleste og de mest udbredte diagnose og handicap typer.



Figur 9.1: Diagnosetypens betydning for de psykologiske aspekter af den individuelle sociale eksklusion. Et eksempel.



Figuren herover viser den statistiske model, der er anvendt til at analysere forskellene mellem de forskellige diagnosekategorier i forhold til de psykologiske aspekter af den individuelle sociale eksklusion. Modellen måler i hvor høj grad den enkelte diagnose påvirker den sociale eksklusion, arbejdsmarkedseksklusionen samt uddannelsesniveau og indkomst. Ligeledes er der præcis som i kapitel 6 også medtaget en række øvrige baggrundsvARIABLE, køn, alder civilstand og etnicitet. Udover de variable, der også er anvendt i de forgående kapitler, er der i modellen også medtaget variabelen ”sygdommens sværhedsgrad”. Denne variabel er index som måler oplevelsen af begrænsninger, smerter og ubehag i dagligdagen som følge af sygdommen. Det forventes, at de enkelte diagnoser dels i varierende omfang har en selvstændig direkte effekt på den sociale eksklusion, men det forventes også, at effekten i et ikke uvæsentligt omfang moderes af sygdommens sværhedsgrad. Eksempelvis forventes det, at lidelser i bevægeapparatet har en selvstændig direkte effekt på den sociale eksklusion, men også at effekten bliver markant stærkere, når

der kontrolleres for sygdommens sværhedsgrad. Antagelsen er, at det kun i mindre omfang er selve det at have en diagnose eller et handicap, som øger risikoen for den sociale eksklusion. Det, der derimod er afgørende, er graden af begrænsninger, handicappet eller diagnosen medfører. Nogle typer af handicaps eller diagnoser vil naturligvis pga. deres karakter altid medføre væsentlige begrænsninger, mens andre i langt højere grad kan medføre alt fra små eller ubetydelige begrænsninger til omfattende invaliditet.

### **Resultaterne af de ni modeller**

Modellen i figur 9.1. er kørt i ni forskellige udgaver, en for hver af de ni diagnose kategorier. Da modellen samlet set er identisk med den generelle model i kapitel 6, vil der i dette kapitel blive fokuseret på de resultater, der handler specifikt om forskellene i effekterne af de enkelte diagnoser. De øvrige effekter i modellerne kan ses i appendix B til appendix K, men bliver ikke gennemgået her i analysen. Dette skyldes netop at modellen er næsten identisk med den allerede analyserede model i kapitel 6, og at de øvrige effekter i modellen, også viser samme billede, som det, der allerede er analyseret og beskrevet tidligere i afhandlingen. Det nye i forhold til de forgående kapitler, er forskellene mellem de forskellige diagnosekategorier. Ligeledes bliver udgangspunktsmodellerne i dette kapitel heller ikke gennemgået, men der fokuseres udelukkende på de endelige modeller. Dette skyldes at udgangspunktsmodellernes resultater i høj grad lignede resultaterne i kapitel 6, og at argumentationen for ændringer og tilføjelser derfor også er nøjagtig de samme. For yderligere dokumentation henvises til appendix.

Alle ni modeller er signifikante ved 0.000 niveau, og har tilstrækkeligt gode model fit værdier til, at der ikke er noget, der taler for en forkastelse af modellerne. Generelt ligger modellernes RMSEA værdier under 0.07 CFI værdier over 0.85 og SRMR værdier under 0.05. De konkrete værdier varierer en smule for de enkelte modeller, og de enkelte modellens værdier kan ses i appendix. Der er altså ikke noget der taler for, at modellerne ikke passer til stikprøvens data.

Kigger vi på modellernes forklaringskraft, forklarer de en stor del af variansen på den afhængige variabel social eksklusion, og billedet ligner derfor meget det

billede, der også tegnedes i analyserne i kapitel 6. De modellens forklaringskraft i forhold til social eksklusion ligger alle på omkring 75 %. Dette er en smule lavere en forklaringskraften for den generelle model i kapitel, men den lille forskel skal formentlig tilskrives at der i modellerne i dette kapitel er brugt et væsentligt mere simpelt mål for handicap og kronisk sygdom. De eksakte  $R^2$  værdier for hver model samt  $R^2$  værdierne til de øvrige variable i modellen kan ses i appendix.

Ser vi på effekterne af de enkelte diagnoser på de psykologiske aspekter af den individuelle sociale eksklusion, gælder det for alle diagnosekategorier, at de direkte effekter af sygdommen eller handicappet er meget små og ofte også insignifikante. Eneste undtagelse er psykisk sygdom, der har en moderat direkte effekt på den sociale eksklusion. Til gengæld er der for alle diagnosekategorier en væsentligt stærkere indirekte effekt igennem sygdommens sværhedsgrad. For de fleste sygdomme er der altså ikke den store effekt af sygdommen i sig selv, men når man også tager højde for sygdommens sværhedsgrad, bliver effekterne væsentligt kraftigere. Det er altså som ventet ikke en diagnose i sig selv, der er afgørende for den sociale eksklusion, det er derimod alvoren og omfanget af sygdommen, der er afgørende.

Figur 9.2: Sammenligning af de forskellige diagnosekategoriers effekter op de psykologiske aspekter af den individuelle sociale dimension<sup>37</sup>

Diagnose	Direkte effekt	Standard fejl	Indirekte effekt	Standard fejl	Total effekt	Standard fejl
<b>Psykisk sygdom</b>	0.19*	0.005	0.32*	0.004	0.52*	0.007
<b>Migræne, kroniske smerter</b>	0.03***	0.005	0.31*	0.004	0.34*	0.006
<b>Bevægeapparats lidelser (fx gigtsygdomme)</b>	-0.04*	0.006	0.32*	0.005	0.27*	0.007
<b>Cancer</b>	0.02***	0.006	0.1*	0.005	0.12*	0.008
<b>Diskusprolaps, rygskeer</b>	-0.04**	0.005	0.32*	0.005	0.29*	0.006
<b>Hjertesygdomme</b>	0.01****	0.005	0.17*	0.004	0.18*	0.007
<b>Luftvejssygdomme (Kol, astma etc.)</b>	0.003***	0.005	0.15*	0.004	0.16*	0.006
<b>Hjerneblødning, blodprop i hjernen</b>	-0.006*	0.007	0.08*	0.005	0.1*	0.09
<b>Tinnitus, synsnedsættelse</b>	0.01****	0.005	0.1*	0.004	0.1*	0.006

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant

<sup>37</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<sup>38</sup> Ikke blindhed

Ser vi på de totale effekter af de forskellige diagnoser, altså summen af den direkte effekt og af den indirekte effekt gennem sygdommens sværhedsgrad, er det helt tydeligt at psykiske sygdomme er den type af sygdom eller handicap, som har størst negativ betydning for den sociale eksklusion. I hvert fald når man ser på den psykologiske, individuelle dimension. Her er der en stærk positiv effekt af psykisk sygdom, hvilket betyder at psykisk syge i markant højere grad end andre oplever at mangle autonomi og kontrol over egen tilværelse, belastning på grund af ydre forhold mv.

Udover personer med psykiske sygdomme er der også moderate effekter af migræne og andre kroniske smerter og bevægeapparatslidelser herunder ryglidelser, og i lidt mindre grad også af hjertesygdomme og lutvejssygdomme. Effekterne af cancer, hjerneblødninger o.lign. samt synsnedsettelser er derimod svage.

Der er altså centrale forskelle imellem de forskellige diagnosekategorier, når man kigger på, i hvor høj grad den enkelte oplever de psykologisk, individuelle aspekter af social eksklusion. I fortolkningen af resultaterne herover er det også vigtigt at tage højde for, at resultaterne ikke medtager den forstærkede effekt af at have mere end en diagnose eller handicap. I analyserne i de forgående kapitler medtages denne forstærkede effekt af at have multiple sygdomme og / eller handicaps. Målet med dette kapitel er dog først og fremmest at vise forskelle mellem de forskellige typer af diagnoser, men det er dog vigtigt at være bevidst om, at tilstedeværelsen af to eller flere af de diagnosekategorier som i sig selv ikke har stærke effekter på social eksklusion, sagtens samlet set kan give en ganske stærk effekt.

Selvom handicap og kronisk sygdom generelt øger risikoen for social eksklusion betydeligt, er der når man ser på den psykologisk, individuelle dimension alligevel store forskelle, når udvalgte diagnosekategorier sammenlignes. Spørgsmålet er nu, om disse forskelle også slår igennem, når man ser på betydningen af arbejdsmarkedseksklusionen for den sociale eksklusion. Bliver nogle grupper mere socialt ekskluderede, hvis de samtidig står udenfor arbejdsmarkedet, eller er arbejdsmarkedsdeltagelse uden central betydning, uanset hvilken gruppe af syge og handicappede der kigges på.

I figuren herunder, 9.3, ses effekterne af arbejdsmarkedseksklusion på den sociale eksklusion for hver af de analyserede diagnosekategorier. Hvor der var relativt stor forskel på, hvor socialt ekskluderende, de forskellige diagnoser synes at være, så er billedet når man ser på arbejdsmarkedseksklusionens betydning meget ensartet. Der er praktisk talt ingen effekt af arbejdsmarkedseksklusion uanset hvilken diagnosekategori man kigger på. Det betyder tilsvarende, at arbejdsmarkedseksklusion heller ikke ændrer ved effekten af de enkelte diagnoser på den sociale eksklusion, når arbejdsmarkedseksklusion optræder som interaktionsled. Det at have et arbejde får altså ikke de kronisk syge til at have det hverken værre eller bedre.

Figur 9.3: Sammenligning af effekterne af arbejdsmarkedseksklusion på de psykologiske aspekter af den individuelle sociale eksklusion af kronisk syge og handicappede fordelt efter diagnosekategori<sup>39</sup>

Effekt af arbejdsmarkedseksklusion på den sociale eksklusion af kronisk syge fordelt efter diagnosekategori <sup>40</sup>	Direkte effekt	Standard fejl	Indirekte effekt	Standard fejl	Total effekt	Standard fejl
<b>Psykisk sygdom</b>	- 0.03** *	0.006	0.009*	0.0001	- 0.02*** *	0.006
<b>Migræne, kroniske smerter</b>	- 0.02** **	0.006	0.01*	0.0001	- 0.01*** *	0.006
<b>Bevægeapparats lidelser (fx gigtsygdomme)</b>	- 0.01** **	0.006	0.01*	0.0001	- 0.001** **	0.006
<b>Cancer</b>	- 0.02** **	0.006	0.01*	0.0002	- 0.01*** *	0.006
<b>Diskusprolaps, rygskeer</b>	- 0.02** **	0.006	0.01*	0.0001	- 0.01*** *	0.006
<b>Hjertesygdomme</b>	- 0.02** **	0.006	0.01*	0.0001	- 0.01*** *	0.006
<b>Luftvejssygdomme (Kol, astma etc.)</b>	- 0.02** **	0.006	0.01*	0.0002	- 0.01*** *	0.006
<b>Hjerneblødning, blodprop i hjernen</b>	- 0.02** **	0.006	0.001*	0.0001	- 0.01*** *	0.006
<b>Tinnitus, synsnedsættelse</b>	- 0.02** **	0.006	0.001*	0.0001	- 0.01*** *	0.006

<sup>39</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<sup>40</sup> Tallene er rundet op.

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\*\*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke  
signifikant

Dette bekræfter det billede, der allerede er fundet i de forgående kapitler, nemlig at social eksklusion i et vist omfang kovarierer uden dog overhovedet at korrelere. Foretages analyserne uden kontrollen for sygdommens sværhedsgrad ses der en, dog stadig svag, effekt af arbejdsmarkedseksklusion på social eksklusion. Men så snart der tages højde for sygdommens sværhedsgrad, forsvinder effekten af arbejdsmarkedseksklusionen fuldstændig. Dette bekræfter billedet af, at sammenhængen mellem arbejdsmarkedseksklusion og social eksklusion i høj grad er spuriøs, og at begge forhold er forårsaget af andre bagvedliggende faktorer, i særdeleshed handicap og kronisk sygdom.

Selvom der ikke er forskel på, hvor meget arbejdsmarkedseksklusion påvirker den sociale eksklusion, når man ser på de specifikke diagnosekategorier, så viser resultaterne samtidig, at der er forskel på, hvor stærk sammenhængen er mellem de enkelte diagnosekategorier og arbejdsmarkedseksklusion. Igen tegner der sig et billede af, at psykisk syge er den gruppe, der hyppigst er ekskluderet fra arbejdsmarkedet, om end sammenhængen her kun er moderat. Herudover er det særligt personer med bevægeapparatslidelser inkl. Ryglidelser, der hyppigere ekskluderes end de øvrige grupper. Sammenhængene mellem de enkelte diagnosekategorier er dog generelt ikke meget stærk, hvilket giver et billede af, at selvom sygdom og handicap er en central årsag til arbejdsmarkedseksklusion, så er det langt fra alle kronisk syge eller handicappede, som står udenfor arbejdsmarkedet. Effekterne af kronisk sygdom og handicap er generelt stærkere i forhold til social eksklusion end de er i forhold til arbejdsmarkedseksklusion, hvilket gælder både når man kigger generelt som gjort i de forgående kapitler, og som her i forhold til den psykologisk, individuelle dimension på specifikke diagnosekategorier. Samtidig er der også i forhold til arbejdsmarkedseksklusionen en svag direkte effekt af de enkelte diagnoser, mens der er en, i varierende grad, stærk indirekte effekt af de enkelte diagnoser igennem sygdommens eller



handicappets sværhedsgrad. Ligeledes er der også en stærk selvstændig effekt af sygdommens sværhedsgrad på omkring 0.4<sup>41</sup>. Samme billede kan desuden ses i forhold til den psykologisk, individuelle dimension af social eksklusion, hvor der ligeledes er en selvstændig og meget stærk effekt, mellem 0.7 og 0.8, af sygdommens sværhedsgrad på den sociale eksklusion.

En del af forklaringen herpå er formentlig, at de personer, som har multiple diagnoser og handicaps scorer højere i forhold til oplevelsen af begrænsninger mv. pga. helbredet, og dette tager analyserne af de enkelte diagnoser ikke højde for. Samtidig måler indexet over sygdommens sværhedsgrad oplevelsen af begrænsninger mv. hos alle og ikke kun hos de personer, der har den specifikke diagnose medtaget i de enkelte modeller, hvorfor det er forventeligt at der også vil være en stærk selvstændig effekt af sygdommens sværhedsgrad.

---

<sup>41</sup> Den eksakte værdi varierer en smule mellem de enkelte modeller, men alle ligger lige omkring 0.4.

9.4: De enkelte diagnosekategoriers effekter på arbejdsmarkedseksklusionen<sup>42</sup>

Effekt af de enkelte diagnoser på arbejdsmarkedseksklusion	Direkte effekt	Standard fejl	Indirekte effekt	Standard fejl	Total effekt	Standard fejl
<b>Psykisk sygdom</b>	0.05*	0.009	0.16*	0.005	0.22*	0.008
<b>Migræne, kroniske smerter</b>	-0.06*	0.008	0.16*	0.004	0.1*	0.008
<b>Bevægeapparats lidelser (fx gigtsygdomme)</b>	0.03*	0.01	0.14*	0.005	0.17*	0.01
<b>Cancer</b>	0.04*	0.01	0.04*	0.005	0.1*	0.01
<b>Diskusprolaps, rygskeer</b>	0.03*	0.008	0.14*	0.05	0.17*	0.008
<b>Hjertesygdomme</b>	0.04*	0.009	0.08*	0.04	0.12*	0.01
<b>Luftvejssygdomme (Kol, astma etc.)</b>	0.02*	0.008	0.08*	0.04	0.1*	0.009
<b>Hjerneblødning, blodprop i hjernen</b>	0.1*	0.01	0.04*	0.005	0.13*	0.01
<b>Tinnitus, synsnerdsættelse</b>	0.03*	0.09	0.06*	0.004	0.1*	0.01

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\*\*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant

Set i forhold til den psykologisk, individuelle dimension varierer sammenhængen mellem kronisk sygdom / handicap og social eksklusion såvel som arbejdsmarkedseksklusion tydeligt afhængigt af, hvilken type af sygdom eller handicap den enkelte har. Særligt de psykisk syge er dårligt stillede i forhold til

<sup>42</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

både arbejdsmarkedet og den sociale eksklusion, men også personer med lidelser i bevægeapparatet og personer med kroniske smerter er mere udsatte end de øvrige grupper. Uanset hvilken diagnosekategori man ser på, så er der derimod ingen effekt af arbejdsmarkedseksklusion på den sociale eksklusion, og analyserne her bekræfter derfor det generelle billede af, at deltagelse på arbejdsmarkedet eller mangel på samme ikke er en central årsag til social eksklusion.

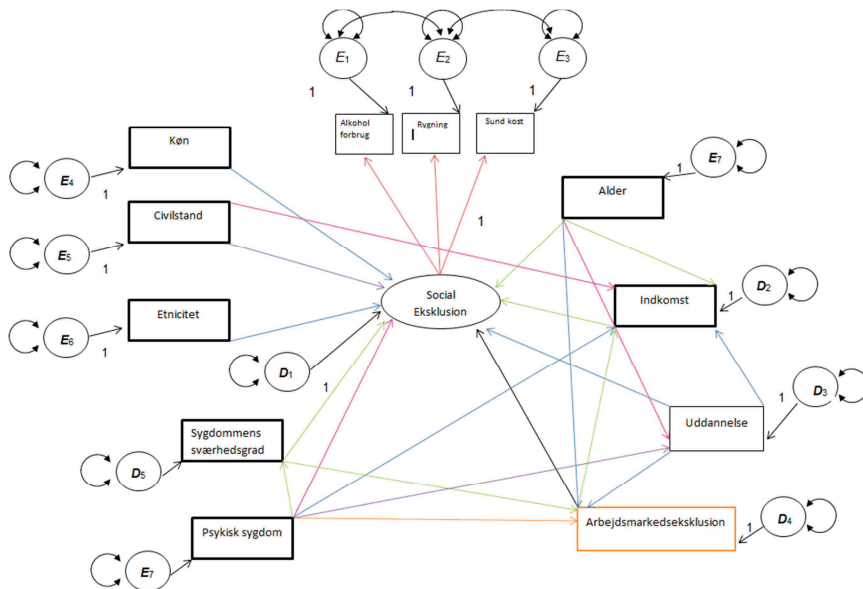
### **9.1.3 DE LIVSSTILSMÆSSIGE ASPEKTER AF DEN INDIVIDUELLE DIMENSION**

De livsstilmæssige aspekter af den individuelle dimension handler om livstil i forhold til kost, rygning og alkohol. I kapitel 6 blev disse aspekter analyseret generelt i forhold til handicap og kronisk sygdom, og selvom der fandtes en vis effekt af handicap og kronisk sygdom på denne dimension af social eksklusion, så var dimensionen i høj grad også forklaret af andre faktorer såsom køn, alder og uddannelse. Handicap og kronisk sygdom havde altså nogen betydning, men var ikke den mest afgørende faktor i forhold til de livsstilmæssige aspekter af den individuelle dimension.

I dette afsnit, vil det blive undersøgt, om de enkelte diagnosekategorier har betydning for denne dimension af social eksklusion. Analyserne er ligesom analyserne for den psykologisk individuelle dimension baseret på samme strukturelle ligningsmodel, som den der blev konstrueret i forhold til de generelle analyser i kapitel. Ligesom i det forgående afsnit er handicap og kronisk sygdom variabelen dog skiftet ud med en enkelt variabel, der måler den enkelte diagnose kategori. Dette betyder, at modellen ligeledes er kørt ni gange, en for hver kategori. Da modellen ligner den tilsvarende model i kapitel 6, er kun de resultater, der specifikt viser effekterne af de enkelte diagnoser på social eksklusion og effekterne af arbejdsmarkedseksklusion på social eksklusion medtaget her i kapitlet. De øvrige effekter i modellerne viser som forventeligt samme tendens, som kunne ses i kapitel 6, hvorfor det ikke er fundet nødvendigt at gennemgå dem en gang til. Resultaterne kan dog ses i appendix.

I figur 9.4 herunder ses modellen, der er brugt til at analysere diagnosetypernes betydning for de livsstilmæssige aspekter af den individuelle dimension af social eksklusion. Modellen måler effekten af de enkelte diagnoser, i figuren eksemplificeret med psykisk sygdom, på social eksklusion og arbejdsmarkedseksklusion samt på uddannelse og indkomst. Ligeledes medtager modellen også effekterne af køn, alder, civilstand og etnicitet. I modellen er der også medtaget en indirekte effekt af de enkelte diagnoser på social eksklusion og arbejdsmarkedseksklusion, som går igennem sygdommens sværhedsgrad.

9.5: *Diagnosetypens betydning for de livsstilmæssige aspekter af den individuelle sociale eksklusion. Et eksempel.*



Som allerede er modellen herover kørt i ni forskellige versioner, en for hver af de ni diagnosekategorier.

### Resultaterne af de ni modeller

I forbindelse med analyserne af hver af de ni modeller er modellernes fit statistics analyseret. Resultaterne her viser at alle modeller er signifikante ved 0.000 niveau. Derudover har modellerne generelt tilstrækkeligt gode fit statistics til, at man ikke kan argumentere for en forkastelse af modellerne. Modellernes RMSEA værdier ligger på omkring 0.06, deres CFI værdier ligger generelt omkring 0.9 og deres SRMR værdi ligger typisk under 0.04. Der er altså ikke umiddelbart noget, som indikerer problemer i forhold til hvor godt modellen passer stikprøvens data. Fit statistics for de enkelte modeller kan ses i appendix B til appendix K.

Tilsvarende er der heller ikke noget i forhold til modellernes forklaringskraft, der indikerer, at der er problemer med modellerne. Modellerne forklarer generelt mellem 70 % og 75 % af variansen på den afhængige variabel social eksklusion,

men de specifikke  $R^2$  værdier, varierer naturligvis lidt mellem de enkelte modeller. Værdierne kan ses i appendix.

I analyserne af sammenhængen mellem handicap og kronisk sygdom generelt og den livsstilmæssige, individuelle dimension blev det vist, at selvom handicap og kronisk sygdom havde nogen betydning for udfaldet på denne dimension, så var det ikke den mest centrale forklaring. Samme tendens gør sig gældende når man ser på de enkelte diagnosekategorier. Her kan der kun vises en relativt svag effekt af psykisk sygdom og luftvejssygdomme samt en svag effekt af ryglidelser. For de øvrige kategorier er der ingen nævneværdig effekt. Ligesom ved den psykologiske del af dimensionen, er effekten her også primært indirekte gennem sygdommens sværhedsgrad, dog med undtagelse af luftvejssygdomme, hvor størstedelen af effekten er direkte.

Luftvejssygdomme adskiller sig endvidere fra de to øvrige diagnosetyper, idet det her er oplagt at diskutere hvilken vej kausaliteten vender, i hvert fald i forhold til den del, der omhandler rygning. Luftvejssygdomme som eksempelvis kol er ofte forårsaget af netop rygning, og det er derfor ikke usandsynligt at disse personer er syge fordi de ryger, og ikke omvendt. Når man ser på resultaterne er der dog også i forhold til luftvejssygdomme tilsvarende effekter til alkohol og kost, hvilket taler for at modellen for luftvejssygdomme ikke bare viser at man bliver syg af at ryge, men at der er tale om livsstil generelt og ikke kun rygning.

Figur 9.6: Sammenligning af de forskellige diagnosekategoriers effekter op de livsstilmæssige aspekter af den individuelle dimension<sup>43</sup>

Diagnose	Direkte effekt	Standard fejl	Indirekte effekt	Standard fejl	Total effekt	Standard fejl
<b>Psykisk sygdom</b>	0.05***	0.006	0.1*	0.004	0.15*	0.006
<b>Migræne, kroniske smerter</b>	- 0.05***	0.005	0.08*	0.003	0.04*** *	0.005
<b>Bevægeapparats lidelser (fx gigtsygdomme)</b>	-0.06*	0.007	0.09*	0.003	0.03*** *	0.006
<b>Cancer</b>	0.01*** *	0.007	0.03*	0.002	0.04*	0.007
<b>Diskusprolaps, rygskeer</b>	0.02*** *	0.06	0.08*	0.003	0.1	0.006
<b>Hjertesygdomme</b>	-0.08*	0.006	0.004*	0.002	- 0.003** **	0.006
<b>Luftvejssygdomme (Kol, astma etc.)</b>	0.13*	0.006	0.04*	0.007	0.17*	0.007
<b>Hjerneblødning, blodprop i hjernen</b>	- 0.01*** *	0.005	0.03*	0.002	0.01*** *	0.008
<b>Tinitus, synsnedsættelse</b>	- 0.003** **	0.006	0.03*	0.002	0.03*** *	0.006

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant

Udover effekterne af de enkelte diagnoser, er der også i modellerne en moderat selvstændig effekt på ca. 0.25 af sygdommens sværhedsgrad. Dette bekræfter

<sup>43</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på standardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

sammen med effekterne af de enkelte diagnoser, der primært er indirekte gennem sygdommens sværhedsgrad, billedet af at handicappets eller sygdommens omfang og den grad begrænsning, den medfører, er afgørende.

Ligesom det har gjort sig gældende igennem afhandlingens øvrige analyser, er der heller ikke nogen effekt af arbejdsmarkedseksklusion på den livsstilsmæssige, individuelle dimension for de enkelte diagnosekategorier. Når psykisk syge og personer med ryglidelser eller luftvejssygdomme har en lidt mere marginaliseret livsstil end andre, er det altså ikke fordi de er marginaliserede på arbejdsmarkedet. Uanset hvilken diagnosekategori man tager fat i, er effekten af arbejdsmarkedseksklusion praktisk talt nul. Arbejdsmarkedseksklusionen ændrer derfor heller ikke ved effekten af kronisk sygdom / handicap på den sociale eksklusion.

Det er altså heller ikke her sådan at arbejdsmarkedsdeltagelse har en større betydning for nogle diagnosetyper end andre, eller at inklusion på arbejdsmarkedet vil mindske sygdommens betydning i forhold til nogle diagnosetyper.



Figur 9.7: Sammenligning af effekterne af arbejdsmarkedseksklusion på de livsstilmæssige aspekter af den individuelle sociale eksklusion af kronisk syge og handicappede fordelt efter diagnosekategori<sup>44</sup>

Effekt af arbejdsmarkedseksklusion på den sociale eksklusion af kronisk syge fordelt efter diagnosetype	Direkte effekt	Standard fejl	Indirekte effekt	Standard fejl	Total effekt	Standard fejl
<b>Psykisk sygdom</b>	0.03** *	0.007	0.03*	0.0002	0.06** *	0.007
<b>Migræne, kroniske smerter</b>	0.03** *	0.007	0.03*	0.0002	0.05** *	0.007
<b>Bevægeapparats lidelser (fx gigtsygdomme)</b>	0.07*	0.007	0.03*	0.0002	0.04** **	0.007
<b>Cancer</b>	0.02** **	0.007	0.03*	0.0002	0.05** *	0.007
<b>Diskusprolaps, rygskeer</b>	0.03** **	0.007	0.03*	0.0002	0.06** *	0.007
<b>Hjertesygdomme</b>	0.03** **	0.007	0.03*	0.0002	0.06** *	0.007
<b>Luftvejssygdomme (Kol, astma etc.)</b>	0.04** **	0.07	0.03*	0.0002	0.07*	0.007
<b>Hjerneblødning, blodprop i hjernen</b>	0.04** **	0.007	0.03*	0.0003	0.07*	0.007
<b>Tinnitus, synsnedsættelse</b>	0.03** **	0.007	0.03*	0.0002	0.06** *	0.007

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant

<sup>44</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på standardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

I forhold til både de psykologiske og livsstilmæssige aspekter af den individuelle dimension genfindes billedet fra de forgående kapitler i forhold til betydningen af arbejdsmarkedseksklusion for den sociale eksklusion. Arbejdsmarkedseksklusion har ikke nogen hverken positiv eller negativ betydning for den sociale eksklusion, heller ikke når man kigger særskilt på enkelte diagnosekategorier.

Til gengæld viser resultaterne, at særligt psykisk syge, men også personer med bevægeapparatslidelser og ryglidelser samt personer med kroniske smerter er de grupper af kronisk syge, som er mest udsatte hvad angår den individuelle dimension af social eksklusion.

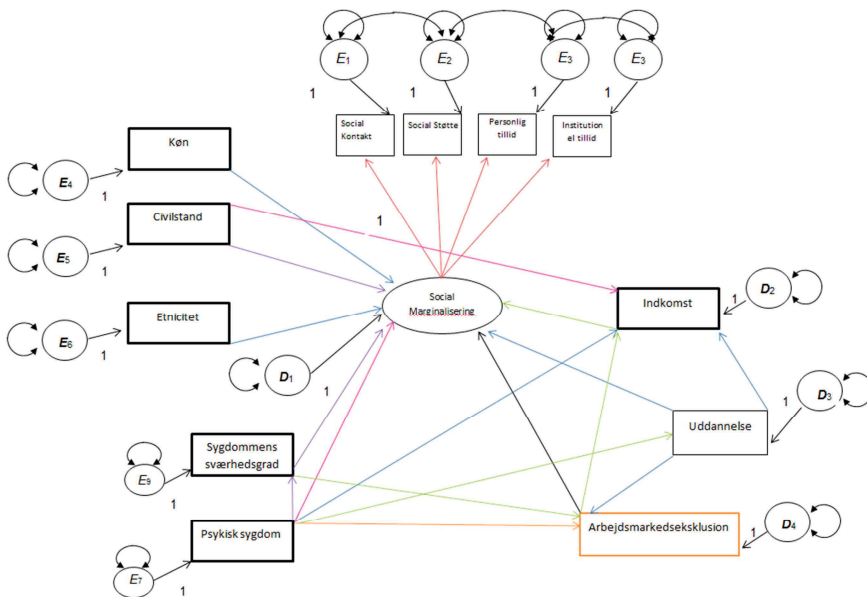
## **9.2 DEN SOCIALE DIMENSION**

Analyserne af sammenhængen mellem handicap og kronisk sygdom generelt og den sociale dimension af social eksklusion, viste at handicap og kronisk sygdom er en væsentlig årsag til en lav grad af socialt netværk, ufrivillig ensomhed og manglende tillid til andre mennesker og samfundets institutioner. Til gengæld betød det ikke noget, om den enkelte havde et arbejde eller stod helt uden for arbejdsmarkedet. Det gjorde hverken sociale situation værre eller bedre. I dette afsnit vil det blive analyseret om dette billede gælder generelt uanset hvilken diagnosekategori, der ses på eller om omvendt er forskel på, i hvor høj grad personer med forskellige diagnosetyper oplever at have en lav grad af socialt netværk mv. Ligeledes vil det også her blive undersøgt, om arbejdsmarkedseksklusion har forskellig betydning afhængigt af typen af diagnose. Ligesom i de forgående afsnit laves analyserne på de ni forskellige diagnosekategorier, hvorefter resultaterne sammenlignes. På samme måde er også modellen her identisk med den model, der blev konstrueret i forbindelse med de generelle analyser af sammenhængen mellem kronisk sygdom og handicap, social eksklusion og arbejdsmarkedseksklusion. Dog er den latente variabel kronisk sygdom og handicap skiftet ud med målene for de enkelte diagnoser. Ligeledes medtager modellen heller ikke effekten af den individuelle dimension, sådan som det gøres i den sidste af modellerne i kapitel 7. Dette er gjort for ikke at overkomplicere modellen i første omgang. I afsnittet omkring den politiske dimension, som kommer afslutningsvis i dette kapitel, laves analyserne

hvor der tages højde for effekterne af de forgående dimensioner på den politiske dimension.

Et eksempel på den model, der danner grundlaget for analyserne kan ses herunder i figur 9.7.

9.8: *Diagnosetypens betydning for den sociale dimension af sociale eksklusion. Et eksempel.*



Modellen er som tidligere beskrevet kørt i ni forskellige udgaver, en for hver af de ni diagnosekategorier. For hver model er der naturligvis et sæt omfattende output tabeller, der både viser modellernes individuelle model fit, deres forklarede varians og samtlige direkte og indirekte effekter i modellen. Da modellerne med undtagelse af den uafhængige variabel, handicap og kronisk sygdom, er identiske med den tilsvarende model i kapitel 7, gennemgås samtlige resultater af de enkelte modeller ikke her i afsnittet. I stedet vil fokus ligge på at sammenligne de resultater, der viser eventuelle forskelle mellem de enkelte diagnosekategorier. Dette gøres fordi de

generelle effekter ligner de resultater, der allerede er præsenteret i kapitel 7. De enkelte modellers resultater kan ses i appendix.

Generelt gælder det at alle ni modeller er signifikante ved 0.000 niveau. Ligeledes har alle modeller RMSEA værdier der ligger mellem 0.06 og 0.07 og CFI værdier på omkring 0.9. Modellernes SRMR værdier ligger alle under 0.04. Selvom CFI og RMSEA værdierne ikke helt rammer idealværdierne, er der dog ikke noget i modellernes fit statistics, der taler for forkastelse af modellerne. Det samme gør sig gældende når man ser på andelen af varians modellerne forklarer på den afhængige variabel social eksklusion. Her forklarer alle modellerne over en tredjedel af variansen, hvilket vurderes at være en helt acceptabel forklaringskraft, taget i betragtning, at modellerne har en noget mere simpel afhængig variabel, fordi kronisk sygdom og handicap nu måles via et single item og ikke via en latent variabel.

Når man betragter effekterne af de enkelte modeller, tegner der sig samme mønster, som gjorde sig gældende i forhold til den individuelle dimension. For det første er effekterne af de enkelte diagnoser i høj grad indirekte, særligt igennem sygdommens sværhedsgrad. Ligeledes er det også særligt personer med psykiske sygdomme og personer med migræne og kroniske smerter, der oplever den sociale dimension af social eksklusion. Derudover er det også personer med bevægeapparatslidelser inklusiv ryglidelser og personer hjertesygdomme, der oplever den sociale eksklusion på denne dimension. Det er altså i overvejende grad personer med de samme diagnosetyper som oplever både de individuelle aspekter af social eksklusion og de sociale aspekter. Dog er der generelt også i forhold til den sociale dimension en stærk selvstændig effekt (omkring 0.5) af sygdommens sværhedsgrad, hvilket peger på, at uanset diagnosestype, så er det socialt ekskluderende at være meget alvorligt eller omfattende syg eller handicappet, uanset karakteren af den enkelte lidelse.

Figur 9.9: Sammenligning af de forskellige diagnosekategoriers effekter på den sociale dimension af social eksklusion<sup>45</sup>

Diagnose	Direkte effekt	Standard fejl	Indirekte effekt	Standard fejl	Total effekt	Standard fejl
<b>Psykisk sygdom</b>	0.1*	0.01	0.19*	0.008	0.29*	0.01
<b>Migræne, kroniske smerter</b>	0.03**	0.009	0.18*	0.007	0.21*	0.01
<b>Bevægeapparats lidelser (fx gigtsygdomme)</b>	0.04*	0.01	0.17*	0.009	0.21*	0.01
<b>Cancer</b>	0.04*	0.01	0.03*	0.005	0.07*	0.01
<b>Diskusprolaps, rygskeer</b>	0.13*	0.01	0.21*	0.008	0.34*	0.01
<b>Hjertesygdomme</b>	0.07**	0.01	0.07*	0.005	0.14*	0.01
<b>Luftvejssygdomme (Kol, astma etc.)</b>	0.01**	0.01	0.07***	0.02	0.07*	0.01
<b>Hjerneblødning, blodprop i hjernen</b>	0.03**	0.01	-0.04*	0.005	0.01*	0.01
<b>Tinnitus, synsnedsættelse</b>	-0.01*	0.01	0.05*	0.04	0.05*	0.1

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant

Også når man ser på effekterne af arbejdsmarkedseksklusion på den sociale eksklusion af kronisk syge og handicappede fordelt efter diagnosekategori, kan man se samme tendens, som også gjorde sig gældende for den individuelle dimension. Der er nemlig ikke forskel på arbejdsmarkedseksklusionens betydning afhængigt af

<sup>45</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på standardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

diagnosekategori. Det er altså ikke sådan at det at stå udenfor arbejdsmarkedet betyder mere for personer med bestemte typer af diagnoser end for andre. Til gengæld har arbejdsmarkedseksklusionen helt modsat af, hvad der teoretisk skulle forventes en negativ effekt på den sociale eksklusion, også selvom denne effekt er svag. Det betyder altså, at den sociale eksklusion faktisk stiger en lille smule, når arbejdsmarkedseksklusionen falder.

Effekterne er naturligvis svage, men tendensen kunne også observeres i forbindelse med de generelle analyser i kapitel 7. Resultaterne af dette kapitels modeller bekræfter således billedet af, at arbejdsmarkedseksklusion ikke påvirker den enkeltes sociale netværk og relation til samfundet og andre mennesker negativt, tværtimod. En forklaring på dette fund kan muligvis være, at personer med kroniske sygdomme og handicap har mindre overskud fordi sygdommen eller handicappet påfører smerter, psykiske belastninger eller besværliggør mulighederne for aktiviteter eller lignende. Selvom deltagelse på arbejdsmarkedet angiveligt har en række positive effekter for den enkelte, det kan eksempelvis være indkomst, arbejdsidentitet, det at kunne forsørge sig selv mv. så tærer deltagelsen på arbejdsmarkedet også på det måske begrænsede overskud, den enkelte har. Og det går så en smule ud over eksempelvis hyppigheden af sociale kontakter og relationen til omgivelserne generelt.

Figur 9.10: Sammenligning af effekterne af arbejdsmarkedseksklusion på den sociale dimension af social eksklusion af kronisk syge og handicappede fordelt efter diagnosekategori<sup>46</sup>

Effekt af arbejdsmarkedseksklusion på den sociale eksklusion af kronisk syge fordelt efter diagnosestype	Direkte effekt	Standard fejl	Indirekte effekt	Standard fejl	Total effekt	Standard fejl
<b>Psykisk sygdom</b>	-0.1 *	0.01	0.02*	0.0006	0.08*	0.01
<b>Migræne, kroniske smerter</b>	-0.1 *	0.01	0.02*	0.0006	0.08* *	0.01
<b>Bevægeapparats lidelser (fx gigtsygdomme)</b>	-0.1 *	0.01	0.02** *	0.0006	0.08*	0.01
<b>Cancer</b>	-0.1 *	0.01	0.02*	0.0006	0.08* *	0.01
<b>Diskusprolaps, rygskeer</b>	-0.09*	0.01	0.02*	0.0005	0.07* **	0.01
<b>Hjertesygdomme</b>	-0.1 *	0.01	0.02*	0.0006	0.08*	0.01
<b>Luftvejssygdomme (Kol, astma etc.)</b>	-0.1 *	0.01	0.02*	0.0006	0.08* **	0.01
<b>Hjerneblødning, blodprop i hjernen</b>	-0.09*	0.01	0.02*	0.0006	0.07* **	0.01
<b>Tinnitus, synsnedsættelse</b>	-0.1 *	0.01	0.02*	0.0006	0.08* *	0.01

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant

Man skal naturligvis huske på, at undersøgelsen ikke belyser de eventuelle positive effekter, arbejdsmarkedsdeltagelsen kan have for den enkelte. Undersøgelsen

<sup>46</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

belyser heller ikke, hvordan respondenterne ville prioritere, hvis de fik valgmuligheden mellem mindre arbejdsmarkedsdeltagelse og en højere grad af social inklusion. Da de effekterne af arbejdsmarkedseksklusion trods alt kun er svage, skal man derfor være varsom med entydigt at konkludere, at arbejdsmarkedseksklusion generelt er positivt. Det eneste resultaterne viser, er at arbejdsmarkedseksklusion i svag grad mindsker den del af social eksklusion, som handler om social kontakt og relationen til andre mennesker og det omgivende samfund.

### **9.3 DEN POLITISKE DIMENSION**

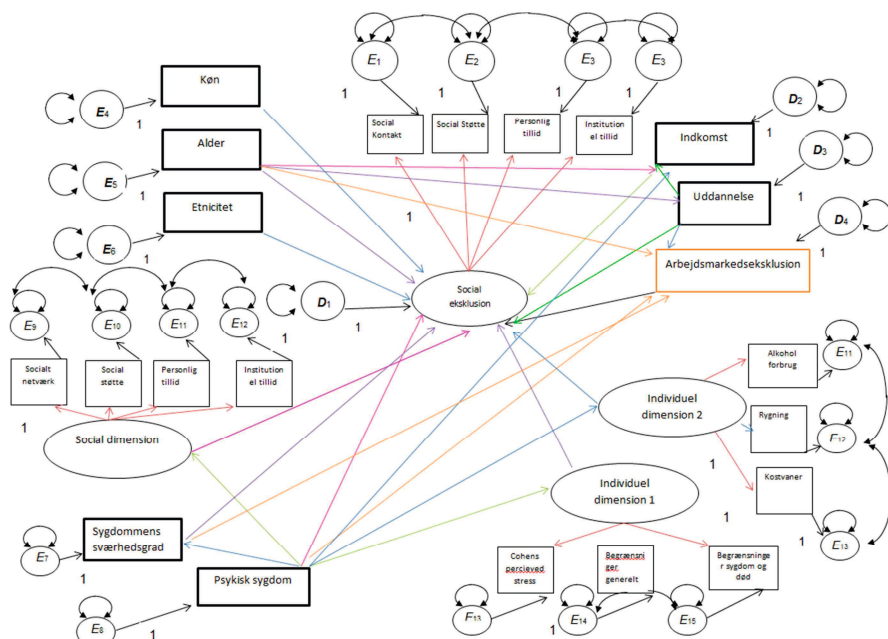
Den sidste af de tre dimensioner af social eksklusion er den politiske dimension, som også kan beskrives som deltagelsesdimensionen. Dimensionen handler den enkeltes aktive samfundsmæssige deltagelse, hvilket i afhandlingen er operationaliseret som deltagelse i en lang række kulturelle, sportslige og foreningsmæssige aktiviteter. De generelle analyser, kapitel 8, af sammenhængen mellem handicap og kronisk sygdom og denne dimension af social eksklusion, viste en tydelig sammenhæng mellem handicap og kronisk sygdom og graden af samfundsmæssig deltagelse. I modsætning til de to første dimensioner af social eksklusion var sammenhængen her dog i høj grad indirekte og igennem netop de to første dimensioner. Konklusionen her var derfor at handicappede og kronisk syge deltager mindre samfundsmæssigt, fordi de oplever en betydelig lavere grad af autonomi og kontrol over egen tilværelse, har mindre socialt netværk og svagere relationer til andre mennesker og samfundet som helhed.

Dette afsnit baserer sig på den statistiske model, der i kapitel 8 blev udviklet som den endelige model over denne beskrevne sammenhæng. Ligesom i de forgående afsnit her i kapitlet, er modellen ændret på den måde, at den generelle, latente variabel handicap og kronisk sygdom er skiftet ud med et enkelt item, der måler de enkelte diagnoser. Ligeledes er indexet over sygdommens sværhedsgrad tilføjet som kontrol.



Modellen er derfor kørt i ni forskellige udgaver en for hver af de ni diagnosekategorier. Et eksempel på den anvendte model, her med psykisk sygdom som uafhængig variabel, kan ses herunder i figur 9.10.

9.11: *Diagnosetypens betydning for den politiske dimension af sociale eksklusion. Et eksempel.*



På samme måde som det gjort i de forgående afsnit i dette kapitel, vil også afrapporteringen af resultaterne i forhold til den politiske dimension være koncentreret omkring de resultater, der viser eventuelle forskelle mellem diagnoserne i forhold til den sociale eksklusion og betydning af arbejdsmarkeds eksklusion.

Fælles for alle ni modeller er at de er signifikante ved 0.000 niveau. Til gengæld er de øvrige fit statistics knap så gode, som tilfældet har været i de forgående modeller i kapitlet. Generelt ligger modellernes RMSEA værdier mellem 0.06 og 0.08, og for enkelte af modellerne er RMSEA værdierne altså i den høje ende. Tilsvarende

svinger værdierne af modellernes CFI også mellem 0.85 og 0.7, og for nogle af modellerne ligger CFI værdien altså i den lave ende i forhold til idealet. Dog er der ikke sammenhæng mellem hvilke modeller, der har de dårligste RMSEA værdier og de dårligste CFI værdier, og det derfor ikke de samme modeller, som scorer svagt på alle mål. Ingen af modellerne har problemer i forhold til SRMR værdierne, der alle ligger mellem 0.04 og 0.07. Selvom enkelte af modellerne har svagere værdier i forhold til enkelte af fit statistics målene, er det alligevel vurderet, at der samlet set ikke er grund til at forkaste modellerne. Dels fordi der kun er tale om svagere resultater på enkelt værdier og dels fordi ingen af de svagere værdier er så dårlige at de entydigt ville tale for en forkastelse af modellerne. De enkelte modellens fit statistics kan ses i appendix B til appendix K.

Modellernes fit i forhold til stikprøvens data er ganske vist knap så godt, som det har været tilfældet for afhandlingens øvrige modeller. Til gengæld har modellerne generelt en høj forklaringskraft i forhold til at kunne forklare variansen på den afhængige variabel social eksklusion. Her forklarer modellerne generelt mellem 45% og 65% af variansen, højest for de modeller, hvor der også findes de stærkeste sammenhænge mellem diagnosetype og social eksklusion. Modellernes eksakte  $R^2$  værdier kan ses i appendix.

I forhold til betydningen af de enkelte diagnosetyper for den sociale eksklusion, ses også i forhold til den politiske dimension variation mellem diagnosetyperne. Forskellene er imidlertid ikke nær så udtalte og sammenhængene knap så stærke, som det gjorde sig gældende ved de foregående to dimensioner. Dette skyldtes med al sandsynlighed, at effekten af handicap og kronisk sygdom på den politiske dimension i høj grad er indirekte igennem to øvrige dimensioner. Og selvom modellen tager højde for den indirekte effekt af de enkelte diagnoser gennem den individuelle og den sociale dimension, så medtager modellen ikke samme indirekte effekt, der også går gennem sygdommens sværhedsgrad. Dette skyldes, at det ikke har været muligt at gøre modellen endnu mere kompliceret. Da vi ved fra analyserne af de forgående to dimensioner, at effekten af de enkelte diagnoser på henholdsvis den individuelle og den sociale dimension i høj grad er indirekte igennem sygdommens sværhedsgrad, er de svagere effekter i denne model derfor på

mange måder forventeligt. Resultaterne af alle ni modeller viser en stærk sammenhæng (mellem 0.3 og 0.6) mellem den individuelle dimension og den sociale dimension på den ene side og den politiske dimension på den anden. Modellerne viser også moderat til stærk sammenhæng (0.15 til 0.5) mellem sygdommens sværhedsgrad og den politiske dimension af social eksklusion.

Når resultaterne alligevel viser signifikante effekter, selvom den indirekte effekt gennem sygdommens sværhedsgrad er udeladt, er resultatet og ikke mindst forskellene i effekterne af de forskellige diagnosetyper alligevel væsentligt. Også selvom de faktiske effekter kun er moderate til svage.

Resultaterne af modellerne viser, at der er forskel i forhold til i hvor høj grad personer med de enkelte diagnosetyper deltager samfundsmæssigt. Ligesom ved de to foregående dimensioner er det særligt de psykisk syge, som oplever social eksklusion, men også personer med hjertesygdomme, har en lavere grad af samfundsmæssig deltagelse. Igen kan også observeres sammenhænge mellem den sociale eksklusion og personer med kroniske smerter og bevægeapparatslidelser, inklusiv ryglidelser, og som noget nyt også personer med cancer. Sammenhængene er dog svage, men dog signifikante. At cancer som ellers ikke har korreleret med to forgående dimensioner af social eksklusion alligevel ser ud til at have nogen betydning for deltagelsesdimensionen, er interessant. På den ene side kan diagnosen cancer, i hvert fald mens den står på, være ganske begrænsende, for den enkeltes muligheder for aktivitet og handling. Samtidig ser denne begrænsning ikke ud til at have den store negative effekt på oplevelsen af autonomi og selvbestemmelse eller på den sociale kontakt og relationen til omgivelserne. Diagnosen sætter kun konkret begrænsning i forhold til den mere direkte aktive deltagelse i forskellige aktiviteter, typisk udenfor hjemmet. Dette betyder selvfølgelig ikke, at det ikke har negative følelsesmæssige og psykologiske konsekvenser, at blive ramt af kræft. Det har det med al sandsynlighed. Det, der her måles, er ikke hvorvidt man er ulykkelig over at blive ramt af sygdom eller bange for de konsekvenser sygdommen kan have. Det er derimod et mere generelt autonomi og stress begreb, som knytter sig til dagligdags aktiviteter, hverdagen og tilværelsen mere generelt.

Til sammenligning bliver bevægeapparatslidelser og kroniske smerter, der ligesom cancer kan påføre ganske betydelige begrænsninger i forhold til udfoldelsesmuligheder, begrænsende på alle tre niveauer. Dette rejser spørgsmålet om, hvorvidt denne forskel skyldes, at cancer er en diagnose, som i nogle tilfælde helbreddes, eller om forskellen skyldes, at cancer patienter får en anden hjælp og behandling i sundhedssystemet, det sociale system og ikke mindst beskæftigessystemet, end personer med de to andre diagnosetypen. Selvom cancer i nogle tilfælde er helbredelig, er det også en diagnose, med en høj dødelighed, hvilket ikke er tilfældet ved diagnoser som migræne og gigtlidelser. Dette taler umiddelbart for, at man skulle have forventet at cancer patienter også oplevede en højere grad af individuel stres og belastning og tab af autonomi, og at den sociale eksklusion ikke kun skulle slå igennem i forhold til den samfundsmæssige deltagelse i aktiviteter.

Man kan altså diskutere, om der er noget i den indsats og de vilkår cancer patienter har, som gør at de i højere grad er i stand til at håndtere deres situation, og derfor kun oplever den del af eksklusionen som handler om aktiviteter, hvor sygdommen meget konkret og direkte giver begrænsninger.

Figur 9.12: Sammenligning af de forskellige diagnosekategoriers effekter på den politiske dimension af social eksklusion<sup>47</sup>

Diagnose	Direkte effekt	Standard d fejl	Indirekte effekt	Standard d fejl	Total effekt	Standard d fejl
<b>Psykisk sygdom</b>	0.11** *	0.03	0.24**	0.02	0.35**	0.008
<b>Migræne, kroniske smerter</b>	0.05** *	0.1	0.12**	0.1	0.17**	0.007
<b>Bevægeapparats lidelser (fx gigtsygdomme)</b>	0.08**	0.1	0.05**	0.15	0.23**	0.1
<b>Cancer</b>	0.08**	0.03	0.05**	0.03	0.13**	0.03
<b>Diskusprolaps, rygskader</b>	0.03** *	0.3	0.13**	0.3	0.15**	0.3
<b>Hjertesygdomme</b>	0.12**	0.09	0.09**	0.09	0.22*	0.09
<b>Luftvejssygdomme (Kol, astma etc.)</b>	0.04** **	0.04	0.07*	0.04	0.11*	0.008
<b>Hjerneblødning, blodprop i hjernen</b>	0.04** *	0.04	0.04**	0.04	0.08** *	0.04
<b>Tinnitus, synsnedsettelse</b>	0.05** **	0.6	- 0.02*** *	0.6	0.03** **	0.009

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant

Også i forhold til den politiske dimension, har arbejdsmarkedsdeltagelsen ingen betydning for den sociale eksklusion, uanset hvilken gruppe af kronisk syge og handicappede man ser på. Sammenhængene er praktisk talt nul og desuden

<sup>47</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på standardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

insignifikante. Ligeledes er der ingen forskelle mellem diagnosekategorierne, og der ikke noget der tyder på, at arbejdet betyder mere for nogle undergrupper af kronisk syge og handicappede end andre.

*Figur 9.13: Sammenligning af effekterne af arbejdsmarkedseksklusion på den politiske dimension af social eksklusion af kronisk syge og handicappede fordelt efter diagnosekategori<sup>48</sup>*

Effekt af arbejdsmarkedseksklusion på den sociale eksklusion af kronisk syge fordelt efter diagnosetype	Direkte effekt	Standard fejl	Indirekte effekt	Standard fejl	Total effekt	Standard fejl
<b>Psykisk sygdom</b>	-0.03* ***	0.01	0.001*	0.0001	- 0.03* ***	0.001
<b>Migræne, kroniske smerter</b>	-0.04* ***	0.01	0.002*	0.0001	- 0.04* ***	0.01
<b>Bevægeapparats lidelser (fx gigtsygdomme)</b>	-0.03* ***	0.01	0.002*	0.0001	- 0.03* ***	0.001
<b>Cancer</b>	-0.03* ***	0.01	0.002*	0.0001	- 0.03* ***	0.001
<b>Diskusprolaps, rygsår</b>	-0.03* ***	0.01	-0.002	0.5	- 0.03* ***	0.001
<b>Hjertesygdomme</b>	-0.03* ***	0.01	0.001*	0.0001	- 0.03* ***	0.001

<sup>48</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Luftvejssygdomme (Kol, astma etc.)</b>	- 0.04** **	0.01	0.0003 *	0.0001	- 0.04 * ***	0.01
<b>Hjerneblødning, blodprop i hjernen</b>	- 0.04** **	0.01	0.002*	0.0001	- 0.04 * ***	0.01
<b>Tinitus, synsnedsættelse</b>	- 0.03** **	0.01	0.002*	0.0005	- 0.03 * ***	0.01

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant

Resultaterne i forhold til den politiske dimension bekræfter således i store træk det billede, der først er tegnet generelt for gruppen af kronisk syge og handicappede og dernæst de tendenser, der kunne ses i analyserne af diagnosekategoriens betydning for den individuelle og den sociale dimension.

## 9.4 OPSAMLING

I dette kapitel er undersøgt, om diagnosetypen har betydning i for i hvor høj grad kronisk sygdom og handicap blive socialt ekskluderende, og om arbejdsmarkedseksklusion har større negativ betydning for personer med nogle typer af diagnoser end andre. Kapitlet har overordnet set bekræftet de konklusioner, der kunne drages af de generelle analyser af sammenhængen mellem kronisk sygdom og handicap, arbejdsmarkedseksklusion og social eksklusion. Handicap og kronisk sygdom har stor betydning både for den sociale eksklusion og for risikoen for at blive ekskluderet fra arbejdsmarkedet. Men hvor denne risiko varierer tydeligt mellem de forskellige diagnosekategorier i forhold til arbejdsmarkedseksklusion og social eksklusion, så er der ikke forskel mellem diagnosetyperne, når det handler om, hvilken rolle arbejdsmarkedseksklusionen spiller i forhold til den sociale eksklusion.

Uanset hvilken diagnosetype man tager fat i, og uanset hvilken af de tre dimensioner af social eksklusion man ser på, så har arbejdsmarkedseksklusion ikke nogen negativ effekt på den sociale eksklusion, og arbejdsmarkedseksklusionen ændrer generelt ikke nævneværdigt ved effekten af kronisk sygdom og handicap på social eksklusion. I langt de fleste tilfælde er sammenhængen mellem arbejdsmarkedseksklusion og social eksklusion spuriøs og forårsaget af sammenhængende faktor, nemlig handicap og sygdom. De fænomener kovarierer uden overhovedet at korrelere. I det tilfælde hvor der faktisk er en effekt af arbejdsmarkedseksklusion på den sociale eksklusion, er effekten omvendt. Her, i forhold til den sociale dimension, har arbejdsmarkedseksklusionen altså en svagt mindskende effekt på den sociale eksklusion. Dette gælder uanset hvilken diagnosetype, man fokuserer på, og viser altså præcist samme billede, som kunne ses i analyserne af sammenhængen mellem den sociale dimension og handicap og kronisk sygdom generelt.

Analyserne kan altså ikke bekræfte billedet af, at arbejdsmarkedseksklusion er årsagen til den sociale eksklusion, og analyserne viser, at det ikke blot er et spørgsmål om, at arbejdsmarkedseksklusion betyder mere for nogle kronisk syge end andre.

Derimod viser analyserne også, at der for alle tre dimensioner er væsentlige forskelle mellem i hvor høj grad de enkelte diagnosetyper øger risikoen for social eksklusion og arbejdsmarkedseksklusion. Værst ser det ud i forhold til psykisk sygdom, som er den diagnosetype som både øger risikoen for social eksklusion på alle tre dimensioner og for arbejdsmarkedseksklusion mest. Også bevægeapparatslidelser og migræne og andre kroniske smerter samt i lidt mindre omfang hjertesygdomme, øger risikoen for social eksklusion, ligesom de også øger risikoen for eksklusion for arbejdsmarkedet. Diagnosetyper som tinnitus og andre (mindre) sansehandicaps, luftvejssygdomme og hjerneblødninger / blodpropper i hjernen øger derimod ikke risikoen for social eksklusion markant.

Interessant er det at en diagnose som cancer øger risikoen for social eksklusion på den politiske dimension, men ikke på de øvrige dimensioner. Dette giver



umiddelbart muligheden for at stille spørgsmålet, om det er karakteren af bestemte diagnoser, der er afgørende for den sociale eksklusion, eller om det afgørende er hvilken behandling og hvilke vilkår i såvel behandlingssystemet som samfundet, personer med forskellige diagnoser får. Det er tankevækkende, at de diagnoser, som øger risikoen for eksklusion mest, også er de diagnoser som er mindst synlige i hverdagen og som alt andet lige også er forbundet med mest stigma. Lidelser som psykisk sygdom, migræne og gigtsygdomme er usynlige, konstateres ofte ikke ved en akut opstået situation som eksempelvis blodpropper og hjerteproblemer, og de varierer også i sværhedsgrad fra ganske milde til yderst invaliderende. Fælles er dog at de i udgangspunktet ikke er livstruende<sup>49</sup> i modsætning til eksempelvis cancer og blodpropper.

Både cancer og blodpropper, og eftervirkningerne af blodpropper, kan eksempelvis også sætte store fysiske begrænsninger for udfoldelse, som bl.a. gigtlidelser og diskusprolaps, og de kan derudover også have dødelig udgang. Alligevel er de sociale og beskæftigelsesmæssige konsekvenser af disse lidelser ikke så omfattende. Kapitlets analyser kan ikke give et klart svar på, hvorfor nogle diagnosetyper medfører en højere risiko for eksklusion end andre, der kan blot konstateres at det er tilfældet. Årsagerne til hvorfor nogle diagnoser bliver mere ekskluderende end andre er sandsynligvis ganske kompleks, og er bl.a. alt andet lige både påvirket af omfang og karakter af de begrænsninger sygdommen medfører, den hjælp personer med forskellige diagnoser får, og den måde de bliver betragtet og behandlet i samfundet generelt. Psykisk sygdom og kroniske smerter giver flere forskellige typer af begrænsninger, og de giver nogle helt andre begrænsninger end eksempelvis gigt eller luftvejslidelser. Samtidig er det heller ikke usandsynligt at omverdenens reaktioner på de forskellige typer af diagnoser er forskellige og at nogle lidelser er mere stigmatiserende end andre. Her vil det være forventeligt at særligt psykiske lidelser og kroniske smerter er lidelser som kan være sværere for omgivelserne at forholde sig til pga. deres usynlige og til tider

---

<sup>49</sup> Hvis man ser bort fra den forøgede risiko for selvmord blandt nogle psykiske diagnoser.

diffuse karakter, mens begrænsningerne som følge af eksempelvis kol er konkrete og mere observerbare.

På samme måde kan det også diskuteres, om forskellige diagnoser udløser forskellig hjælp og reaktioner i behandlingssystemet såvel som i det sociale- og beskæftigelsesmæssige system. Nogle former for hjælp og reaktioner kan således være mere befordrende for at skabe oplevelsen af autonomi og kontrol over egen tilværelse end andre. I en teoretisk optik, kan man diskutere om der i systemet, eksempelvis behandlingssystemet eller beskæftigelsessystemet, eksisterer forskellige opfattelser af i hvor høj grad bestemte diagnoser eller handicaps er deserving eller non-deserving, og personer med forskellige diagnoser behandles tilsvarende forskelligt.

Alt i alt kan der på baggrund af kapitlet konkluderes, at der er forskelle i forhold til, hvor stor risiko for social og arbejdsmarkedseksklusion bestemte diagnoser medfører, men at betydningen af det at stå udenfor arbejdsmarkedet er ensartet lille uanset hvilken diagnosetype, der ses på.

# Kapitel 10 NÅR HELBREDET MODARBEJDER - AFHANDLINGENS KONKLUSIONER

Da denne afhandling blev påbegyndt, lå en reform af førtidspensions- og fleksjobområdet på tegnebrættet, og politisk diskuterede man, hvordan man nedbragte antallet af borgere, der permanent stod udenfor arbejdsmarkedet som følge af sygdom og handicap. Debatten om eventuel reform af området handlede i høj grad om, hvordan man kunne begrænse antallet af førtidspensionister og særligt antallet af unge førtidspensionister. Reformforslaget kredsede, ligesom de forgående forslag på området, om hvorvidt man kunne lukke muligheden for at kunne tilkende førtidspension til personer under 40 år. Argumenterne, der dominerede debatten, var dels, at det var nødvendigt at øge arbejdsstyrken og mindske antallet af personer på offentlig forsørgelse, og dels at arbejdsmarkedsinklusion var en central forudsætning for at være ”en del af fællesskabet”.

Arbejdsmarkedsdeltagelse og beskæftigelse blev og bliver i vid udstrækning set som ”medicinen” mod social eksklusion. Forestillingen er, at kan man få marginaliserede borgere, eksempelvis personer helbredsmæssige udfordringer, i beskæftigelse, så vil man også fjerne eller i hvert fald minimere den sociale eksklusion. Bag denne antagelse ligger en foreståelse af, at social eksklusion i høj grad er et problem, som skyldes manglende deltagelse på arbejdsmarkedet, og at folk bliver socialt ekskluderet fordi de ikke er en del af et arbejdsmæssigt fællesskab. Arbejdsmarkedsdeltagelse ses som en afgørende kilde til deltagelse og social kontakt i en bredere samfundsmæssig kontekst, ligesom arbejdet placeres centralt i forhold til kunne have en meningsfyldt tilværelse, for at have noget at stå om morgenen til, så at sige. Selv i det omfang, hvor det politisk anerkendes, at der kan være andre kilder til social eksklusion, betragtes arbejdsmarkedsdeltagelse stadig som løsningen, hvis man skal den sociale eksklusion til livs. Ydermere er der

sket en begrebslig glidning fra bekæmpelse af social eksklusion til ”inklusion”, i høj grad forstået som arbejdsmarkedsinklusion, som mål og middel på samme tid.

Mens afhandlingen er blevet udarbejdet, er reformen af førtidspension- og fleksjobområdet pr. 1.1.2013 gennemført, og efterfølgende også en reform af sygedagpengeområdet og kontanthjælpsområdet. Man kan argumentere for, at alle tre reformer har som en af deres grundlæggende præmisser, at en eksklusion fra arbejdsmarkedet i praksis er det samme som en eksklusion fra samfundet. Og derfor ses det som vigtigt at begrænse antallet af offentligt forsørgede. Ikke bare for samfundets og den enkeltes økonomis skyld, men for at øge den sociale inklusion i samfundet. Dette har kort fortalt i forhold til førtidspension- og fleksjobområdet betydet, at muligheden for at få tilkendt førtidspension er blevet stærkt begrænset for personer under 40 år. I stedet er indført såkaldte ressourceforløb, der skal bidrage til gradvist at udvikle den enkelte borgers ressourcer i retning af arbejdsmarkedet. I det første reformår forventede man statistisk, at der ville blive oprettet ca. 17.000 ressourceforløb. Realiteten er, at der i 2013 blev oprettet godt 2.200 ressourceforløb. Samtidig er fleksjobordningen blevet udvidet så der nu kan oprettes fleksjob helt ned til to timer ugentligt. Selvom reformen nu er gennemført, lever den politiske debat imidlertid stadig, og omdrejningspunktet er fortsat, at deltagelse på arbejdsmarkedet er forudsætningen for fuldt ud at kunne være en del af fællesskabet. Det afspejles også i det nu gennemførte reformudspil, og det farver den almene forståelse af en kausalsammenhæng mellem arbejdsmarkedsdeltagelse og social eksklusion.

Spørgsmålet om, hvorvidt denne grundpræmis faktisk også holder, og om eksklusion fra arbejdsmarkedet også medfører en generel eksklusion fra samfundet, har imidlertid stået ubesvaret hen. Er det bare et spørgsmål om at få eksempelvis kronisk syge og handicappede i beskæftigelse, hvis man skal sociale problemer og social eksklusion til livs? Skåret ind til benet, er det disse spørgsmål, jeg med denne afhandling satte mig for at besvare.

Når *social eksklusion* politisk diskuteres, sker der en reduktion til et spørgsmål om eksklusion fra arbejdsmarkedet og ofte i en sådan grad, at social eksklusion sættes

lig med *arbejdsmarkedseksklusion*. Det betyder også, at den politiske debat i høj var og fortsat er præget af forståelse af, at eksklusion fra arbejdsmarkedet alt andet lige også må medføre social eksklusion. Dette er blevet et politisk og administrativt "fact", dvs. et forhold der ikke længere stilles spørgsmålstejn ved. Denne afhandlingen stillede i udgangspunktet spørgsmålstejn ved den tætte sammenvævning af arbejdsmarkedseksklusion og social eksklusion, der synes at dominere den politiske debat og systemforståelse. Dette betød også at, afhandlingen i udgangspunktet stillede spørgsmålstejn ved de politiske forsøg på at integrere kronisk syge og handicappede i samfundet blot ved at fokusere entydig på beskæftigelse.

At der var grundlag for at se med kritiske briller på antagelsen om, at arbejdsmarkedseksklusion medfører social eksklusion bekræftedes af, at selvom der eksisterer flere teorier om, hvorfor arbejdsmarkedseksklusion må føre til social eksklusion, så viste den empiriske dokumentation for sammenhængen sig ganske sparsom. Empiriske studier, herunder egne, indikerede derimod, at sammenhængen mellem de to fænomener langt fra var så simpel, som det ofte blev fremstillet.

Den politiske debat omkring arbejdets betydning for den sociale eksklusion har mange centrale ligheder med de socialpsykologiske teorier, der udspringer fra deprivationsperspektivet, som blev udviklet på baggrund af case studie i en østrigsk industriby i 30'erne. Perspektivets grund argument er, at arbejdsløshed medfører et tab en række sociale og psykologiske funktioner, og derfor vil arbejdsløshed også uundgåeligt medfører social deprivation. Perspektivet er videreudviklet i utallige variationer, men fællesnævneren for alle variationerne er dog fortsat, at manglende arbejde er lig med en situation, som vil influere negativt på den enkeltes sociale liv og psykologiske tilstand. Selvom dette perspektiv i forskellige variationer har vundet stor indpas teoretisk og fået stor indflydelse på den måde, vi i en europæisk kontekst forstår sammenhængen mellem arbejde og social eksklusion, så er de empiriske forsøg på vise resultaterne på en større population og i en bredere kontekst væsentligt mere begrænsede. Særligt hvis man ser på de resultater som er frembragt i konteksten af en moderne velfærdsstat. De resultater der er, viser et væsentligt mere nuanceret og forskelligartet billede. Eksempelvis finder Halvorsen,

at arbejdsløse i vid udstrækning mestrer deres situation ganske forskelligt og således er aktive og medskabende aktører i forhold til deres egen situation (se fx Halvorsen:1996). Et resultat, der på mange måder strider i mod deprivationsperspektivets næsten deterministiske forudsigelser om sammenhængen mellem arbejdsløshed og social eksklusion.

Det var altså dette misforhold mellem den stærkt dominerende opfattelse af lønarbejdets betydning for den sociale eksklusion i såvel den teoretiske litteratur som den politiske debat på den ene side og de mere nuancerede og ofte modstridende tendenser, der kunne spores i de empiriske resultater på den anden side, der lagde grundstenen for arbejdet med denne afhandling. Det blev derfor udgangspunktet for afhandlingens endelige problemformulering, der lyder:

*Medfører eksklusion fra arbejdsmarkedet en øget oplevelse af social eksklusion blandt kronisk syge og handicappede, og hvordan kan sammenhængene mellem arbejdsmarkedseksklusion, kronisk sygdom og handicap og oplevelsen af social eksklusion forstås og forklares?*

Teoretisk er der sket en integration af medborgerskabsperspektivet og kapabilitetstilgangen. Teoretisk er afhandlingen baseret på et tredelt social eksklusionsbegreb, der er hentet fra Bothfeld og Betzelts tredelte model over autonomi. Social eksklusion betragtes derfor i afhandlingen som tab af autonomi og dermed også medborgerskab på tre dimension, henholdsvis en individuel, en social og en deltagelsesorienteret dimension. Det tredelte social eksklusionsbegreb er i afhandlingen kombineret med Sen kapabilitetstilgang, der til tjener som en overordnet teoretisk forståelsesramme og dels bidrager til en mere metodisk præcis operationalisering af social eksklusion ved hjælp af sondringen mellem functionings og kapabiliteter. Dette betyder at der i afhandlingen både måles hvad den enkelte faktisk gør, såvel som hvad den enkelte gerne ville kunne gøre. Dette er en vigtig sondring, når man analyser ulighed og forskelle i menneskers handlinger generelt, og i særdeleshed når man analyser social eksklusion. En lav grad af deltagelse er eksempelvis i højere grad et udtryk for social eksklusion, hvis den manglende deltagelse er ufrivillig, end tilfældet er, hvis den enkelte selv har valgt

ikke at deltage. De to perspektiver danner i kombination det teoretiske udgangspunkt for afhandlingen, og det er operationaliseringen af disse to perspektiver, der har dannet grundlaget for de empiriske analyser og resultater.

Dette kritiske blik på den eksisterende teori, afspejles også i afhandlingens design, hvor social eksklusion betragtes som den afhængige variabel, handicap og kronisk sygdom som den uafhængige variable, mens arbejdsmarkedseksklusion placeres som en mellemkommende variabel, der kan påvirkes af handicap og kronisk sygdom. Dette design afspejler afhandlingens tese om, at arbejdsmarkedseksklusionen ikke er den alt afgørende faktor i forhold til den sociale eksklusion, men at kronisk sygdom og handicap er en bagvedliggende årsag til både social eksklusion og arbejdsmarkedseksklusion, hvorfor de to fænomener ofte kovarierer.

Afhandlingens statistiske modeller er herefter blevet konstrueret med henblik på at undersøge sammenhængen mellem kronisk sygdom og handicap og social eksklusion og teste i hvor høj grad, arbejdsmarkedseksklusion påvirker denne sammenhæng. Eller sagt på en anden måde, målet var at undersøge om arbejdsmarkedseksklusion og social eksklusion faktisk korrelerer eller om de blot kovarierer som følge af at være forårsaget af sammen bagvedliggende årsag.

Afhandlingen er baseret på et stort kvantitativt datasæt, som består af en omfattende survey, Sundhedsprofilen 2010 med knap 25.000 respondenter, som er koblet sammen med Danmarks Statistiks registre og DREAM databasen. Dette omfattende datasæt har givet muligheden for ikke blot at teste den simple sammenhæng mellem arbejdsmarkedseksklusion, social eksklusion og kronisk sygdom og handicap, men at kunne udarbejde komplekse modeller, der tager højde for en lang række af faktorer, eksempelvis uddannelse og indkomst, der kan forventes i et eller andet omfang at have betydning for den sociale eksklusion.

I afhandlingen er hver af de tre teoretiske dimensioner over autonomi og medborgerskab behandlet selvstændigt, og for hver dimension er sammenhængen mellem social eksklusion, arbejdsmarkedseksklusion og kronisk sygdom og handicap undersøgt. Det er sket ved at konstruere en strukturel ligningsmodel, der

tester den multivariate og komplekse sammenhæng mellem de tre fænomener og en række andre socio-økonomiske variable. Strukturelle ligningsmodeller, er en avanceret statistisk metode, som kan anvendes til at konstruere komplekse kausale sammenhænge, der tager højde dels for at variablene i de statistiske analyser så at sige kan påvirke hinanden på kryds og tværs, ligesom der også tages højde for, at komplekse og multifacetterede teoretiske begreber sjældent kan måles fyldestgørende, blot ved at anvende enkelte variable eller enkeltstående index som mål. I modellern udnyttes derfor den mulighed, der er, for at konstruere komplekse latente variable. Dette betyder, at det handicap og kronisk sygdoms begreb, der arbejdes med i afhandlingen er etkomplekst begreb, som både dækker over faktiske, lægeregistrerede lidelser, egen oplevelse af at være syg samt graden af begrænsning i hverdagen som følge af sygdommen eller handicappet. Sidstnævnte kan også betegnes oplevelsen af sygdommens sværhedsgrad. Ligeledes er der for hver af de tre dimensioner af social eksklusion konstrueret en kompleks latent variabel, der måler den samlede eksklusion på hver af de tre dimensioner.

I arbejdet med de statistiske modeller er benyttet en *model build approach*, hvilket betyder, at hver model først er konstrueret i en relativt simpel version, og herefter gradvist udbygget i overensstemmelse med teoretiske antagelser og under hensyntagen til de konkrete resultater i forhold til model fit og forklaringskraft. Sigtet har været at konstruere en model, der bedst muligt tog højde for de teoretiske antagelser og kompleksiteten af de sammenhænge, der undersøges, og som samtidig passer tilstrækkelig godt til stikprøvens data og forklarer en væsentlig del af variansen på den sociale eksklusion. Dette er i afhandlingen generelt lykkedes rigtig godt. Alle afhandlingens modeller lever op til kriterierne for et tilstrækkelig godt model fit, og selvom modellernes forklaringskraft varierer, så er forklaringskraften i afhandlingens analyser generelt meget høj. Afhandlingens modeller og resultater vurderes altså generelt at være statistisk pålidelige og stærke.

## **10.1 EMPIRISKE RESULTATER I FORHOLD TIL DE TRE DIMENSIONER AF EKSKLUSION**

Vendes tilbage til afhandlingens udgangspunkt og de spørgsmål, afhandlingen blev sat til at svare på, står de empiriske resultater klare. Ser vi først på den *individuelle*



*dimension af social eksklusion*, så er denne dimension i afhandlingen opdelt i to underdimensioner. En underdimension som handler om den enkelte psykologiske situation, det være sig stressniveau, oplevelser af belastninger i dagligdagen, manglende kontrol over egen tilværelse med videre. Denne underdimension kan sidestilles med det, der traditionelt forstås ved personlig autonomi, nemlig muligheden for at handle og muligheden for at kontrollere og øve indflydelse på egen livssituation. Den anden underdimension handler om den enkeltes livsstil, der i afhandlingen er operationaliseret som kostvaner, rygevaner og alkoholforbrug. Den samlede individuelle dimension handler derfor både om den konkrete oplevelse af autonomi på et individuelt, psykologisk plan men også om den livsstil, den enkelte har indrettet sig med, som en del af vedkommendes livsprojekt.

Resultaterne af de statistiske analyser viser med stor tydelighed og styrke at *kronisk sygdom og handicap er af afgørende betydning for den individuelle dimension af social eksklusion*, og særligt i forhold til den underdimension, der omhandler de psykologiske aspekter af den sociale eksklusion. Her er sammenhængen mellem kronisk sygdom og handicap og den sociale eksklusion ekstrem stærk, og modellen forklarer hele 85 % af variansen for den psykologisk, individuelle dimension af social eksklusion. Jo mere syg eller handicappet man er, i des højere grad oplever man stres og belastning i dagligdagen, og man oplever i tilsvarende højere grad at mangle kontrol og autonomi over egen tilværelse. I modellen er kronisk sygdom og handicap uden sammenligning den variabel, der har den største betydning, og det er også denne variabel, som forklarer en meget stor del af variansen på den sociale eksklusion.

Samme tendens gør sig gældende i forhold til den livsstilsmæssige, individuelle dimension, om end sammenhængen mellem kronisk sygdom og handicap på den ene side og livsstil på den anden side kun her er moderat stærk og mange af de andre faktorer, uddannelse, køn, alder, civilstand og etnicitet har også moderate effekter på livsstilen. Modellen viser, at handicappede og kronisk syge har en livsstil med mere usund kost og et højere alkohol- og tobaksforbrug, og jo mere syg man er, des mere usund livsstil har man generelt. Omvendt lever kvinder markant sundere end mænd, ligesom en høj uddannelse og det at være i fast forhold også

generelt hænger sammen med en sundere livsstil. Også personer med indvandrerbaggrund har generelt en lidt sundere livsstil end gennemsnittet, men her er sammenhængen dog svag. Andelen af forklaret varians for den afhængige variabel, social eksklusion, ligger dog også her helt oppe på 84 %, men i modsætning til psykologiske underdimension er den livsstilsmæssige dimension ikke næsten udelukkende forklaret af kronisk sygdom og handicap, men derimod af kronisk sygdom og handicap i et komplekst samspil med en række andre faktorer.

På samme vis er det også de kronisk syge og handicappede, der oplever et ønske om gerne at ville ændre deres livsstil og nuværende situation, hvilket bekræfter, at handicap og kronisk sygdom har en negativ indflydelse på den individuelle dimension af social eksklusion. Kroniske syge og handicappede har ikke en anden livsstil, fordi de bevidst har valgt det, de er derimod i højere grad utilfredse med deres nuværende situation.

Fælles for begge underdimensioner er derudover, at kronisk sygdom og handicap har en central betydning for risikoen for at blive ekskluderet fra arbejdsmarkedet. Jo mere syg eller handicappet man er, des større er sandsynligheden for at man står uden for arbejdsmarkedet. *Til gengæld viser begge modeller også med meget stor tydelighed, at arbejdsmarkedseksklusion ikke fører til social eksklusion på det individuelle niveau.* Dette gælder både, når man kigger på den selvstændige effekt af arbejdsmarkedseksklusion på social eksklusion, og når arbejdsmarkedseksklusion optræder som interaktionsled mellem kronisk sygdom/handicap og social eksklusion. Her ændrer arbejdsmarkedseksklusionen ikke nævneværdigt effekten af kronisk sygdom og handicap.

I forhold til den psykologiske underdimension er der praktisk talt ingen korrelation mellem arbejdsmarkedseksklusion og social eksklusion, og man kan derfor konkludere, at selvom de to fænomener samvarierer og altså optræder i et vist omfang hos de samme mennesker, så er der ingen sammenhæng mellem dem, ligesom arbejdsmarkedseksklusion ikke styrker eller svækker effekten af sygdom og handicap. For den livsstilsmæssige underdimension er sammenhængen derimod omvendt, og der kan identificeres en svag tendens til, at jo mere ekskluderet man er

fra arbejdsmarkedet, des mindre usundt lever man generelt. Det betyder også, at arbejdsmarkedseksklusionen svækker effekten af kronisk sygdom og handicap på den livsstilmæssige, sociale eksklusion en lille smule. Sammenhængen er dog ganske svag, og det centrale i fundet er først og fremmest, at der ikke kan påvises den omvendte sammenhæng. Arbejdsmarkedseksklusion fører ikke til et større forbrug af alkohol eller en generelt mere marginaliseret livsstil.

I forhold til den individuelle dimension af social eksklusion, kan det derfor konkluderes, *arbejdsmarkedseksklusion ikke fører til psykologisk deprivation* med stort forbrug af alkohol og en generel usund livsstil. Det forværrer heller ikke de negative konsekvenser af at være syg eller handicappet. Derimod er det tydeligt, at det at have helbreds-mæssige problemer i form af kroniske sygdomme eller handicaps er en betydelig medvirkende faktor til, at man oplever manglende autonomi, en høj grad af stress og belastning i dagligdagen, ufrivilligt har en mindre sund livsstil og i væsentligt højere grad risikerer eksklusion fra arbejdsmarkedet.

Samme billede tegner sig, når man betragter resultaterne af analyserne af den sociale dimension af social eksklusion. Denne dimension dækker over social kontakt og socialt netværk samt den enkeltes relation til andre mennesker og samfundet. Analyserne af denne dimension viser med stor tydelighed, at kronisk sygdom og handicap har afgørende betydning for, i hvor høj grad man oplever social eksklusion på denne dimension. *Jo mere syg eller handicappet man er, des mere ekskluderet oplever man også generelt at være.* Interessant er det, at en meget stor del af effekten af kronisk sygdom og handicap på den sociale dimension af social eksklusion, går igennem den individuelle dimension af social eksklusion. Teoretisk er det uklart, om de tre dimensioner skal forstås som tre på hinanden følgende niveauer, som påvirker hinanden, eller om de skal forstås som tre selvstændige dimensioner. Analysen af den sociale dimension, peger imidlertid i høj grad på, at i hvert fald de to første dimensioner optræder hierarkisk, og at graden af eksklusion på den individuelle dimension er afgørende for, i hvor høj grad den enkelte også oplever eksklusion på den sociale dimension. Sagt på en anden måde, tyder resultaterne ganske klart på, at hvis man oplever at mangle autonomi og kontrol over egen tilværelse og oplever et højt niveau af stress og belastning, så

får det også konsekvenser for i hvor høj grad man er i stand til at opretholde social kontakt og et socialt netværk, ligesom det påvirker den tillid og relation, som man har til såvel andre mennesker som til samfundets institutioner.

Da handicap og kronisk sygdom i høj grad har betydning for den individuelle dimension af social eksklusion, er det derfor ikke overraskende, at handicap og kronisk sygdom i forhold til den sociale dimension viser sig at have en stærkt indirekte effekt gennem netop den individuelle dimension. Handicap og kronisk sygdom har samlet set en stærk effekt på den sociale dimension af social eksklusion. Men effekten skyldes i stort omfang, at handicappede og kronisk syge i langt højere grad også er ekskluderet på den individuelle dimension, og derfor mangler de også sociale relationer og netværk og har en lavere grad af tillid til andre mennesker og samfundet. Derudover har den individuelle dimension i sig selv også en stærk selvstændig effekt på den sociale dimension, og man kan derfor konkludere, at det generelt gælder, at er man ekskluderet på den individuelle dimension, er sandsynligheden, for at man bliver det på den sociale dimension, også betydeligt større.

Ser man på det, der i afhandlingen er betegnet *social kapabilitet*, som dækker over tilfredsheden med egen sociale situation, så findes der her en stærk negativ sammenhæng med handicap og kronisk sygdom. Handicappede og kronisk syge oplever altså i væsentlig højere grad end gennemsnittet, at deres omfang af social kontakt og sociale netværk er ufrivilligt lavt. Dette resultat bekræfter, at handicappede og kronisk syge ikke alene har et svagere socialt netværk og en lavere grad af social kontakt, de oplever også i væsentligt højere grad, at de gerne ville have mere social kontakt, og at de ufrivilligt er alene. Man kan altså med rette konkludere, at kronisk syge og handicappede er mere socialt ekskluderet i forhold til den sociale dimension end gennemsnittet, og at forskellene ikke blot er et resultat af forskellige præferencer og prioriteringer.

Til gengæld har det ikke den store betydning, om man har et arbejde eller ej, i forhold til det sociale netværk og den sociale kontakt. Faktisk er der også her en svag omvendt sammenhæng, end hvad eksempelvis deprivationsteorien foreskriver.

Faktisk viser resultaterne, at *personer der er ekskluderet fra arbejdsmarkedet har lidt hyppigere social kontakt og ses hyppigere med deres sociale netværk*. Det betyder også, at at arbejdsmarkedseksklusionen svækker effekten af kronisk sygdom og handicap på den sociale eksklusion en smule. Der er en ganske vist ret svag tendens til, at de kronisk syge eller handicappede, som er meget socialt ekskluderede på denne dimension af eksklusion pga. deres sygdom / handicap, klarer sig lidt bedre, hvis ikke de samtidig skal leve op til kravene på arbejdsmarkedet også.

Det er altså intet i resultaterne, der kan bekræfte forestillingen om, at arbejde skulle have en afgørende social funktion og fungere som den primære kilde til kontakt med og relationer til andre mennesker. Eller at en øget arbejdsmarkedsdeltagelse er medicinen mod den sociale eksklusion, kronisk syge og handicappede oplever som følge af deres helbredsmæssige problemer. Tværtimod indikerer resultaterne, at personer uden arbejde har lidt hyppigere social kontakt med andre mennesker. Forestillingen om, at mangel på arbejde fører til isolation og ensomhed, og at arbejdsmarkedseksklusion generelt har en negativ indflydelse på den enkeltes sociale liv, kan altså slet ikke bekræftes. Der er ingen tvivl om, at arbejdsmarkedseksklusion i et vist omfang kovarierer med den sociale dimension af social eksklusion, men også her er der blot tale om kovariation uden egentlig korrelation, forårsaget af, at både arbejdsmarkedseksklusion og den sociale dimension af social eksklusion i væsentligt omfang påvirkes af kronisk sygdom og handicap.

Analyserne viser en svag negativ sammenhæng mellem arbejdsmarkedseksklusion og den sociale dimension af social eksklusion. Der er altså en svag tendens til, at personer, der er ekskluderede fra arbejdsmarkedet har lidt mere social kontakt og hyppigere kontakt med deres sociale netværk samt mere tillidsfulde relationer end de personer, der er i beskæftigelse. Der er på samme måde en tendens til, at arbejdsmarkedseksklusion faktisk i dog svag grad mindsker de negative effekter af kronisk sygdom og handicap. Der kan være mange grunde til at denne omvendte sammenhæng findes. En oplagt mulig forklaring er, at personer, der ikke arbejder, har mere fritid og dermed også mere tid til at sociale aktiviteter, familiebesøg mv.

Det er dog meget vigtigt at understrege, at afhandlingens resultater ikke kan sige noget om, hvordan de personer, som ikke arbejder, ville prioritere, hvis de fik valget mellem at kunne deltage på arbejdsmarkedet eller bibeholde samme lidt hyppigere sociale kontakt. Man kan altså intet sige om, hvordan de personer, der ikke arbejder vægter forholdet mellem arbejde og fritid, og man kan derfor heller ikke sige noget om, hvorvidt der er tale om en prioritering af sociale aktiviteter over det at have et arbejde. Det man kan sige, endda med ganske stor styrke, er at *arbejdsmarkedseksklusion ikke fører til en forringet social situation* når man kigger på den del af det sociale liv som omhandler relationen til andre mennesker. Selvom der kan være mange gode grunde til at arbejde, eksempelvis indkomst bare for at nævne en, så er opretholdelsen af sociale kontakt, netværk mv. ikke en af disse gode grunde. Det kan man nemlig i mindst lige så høj grad opretholde selvom man ikke deltager på arbejdsmarkedet.

Den statistiske analyse af den sociale dimension har, udover disse tydelige effekter, en forklaret varians på den afhængige variabel social eksklusion på 50 %. De variable, der er i modellen forklarer altså halvdelen af de forskelle der er, når man ser på hvorfor nogle bliver socialt ekskluderede på den sociale dimension. Dette er en betydelig forklaringskraft, hvilket yderligere styrker de herover omtalte konklusioner.

Den sidste af de tre dimensioner af social eksklusion, den politiske dimension, handler om deltagelse. Denne dimension måler den enkeltes faktiske handlinger og ageren i forhold til en generel samfundsmæssig deltagelse. Dimensionen kan derfor beskrives som det mest åbenlyse eller direkte mål på social eksklusion, i det den netop måler den aktive deltagelse og det aktive engagement i samfundet.

Resultaterne af afhandlingens analyser af denne tredje dimension af social eksklusion cementerer helt overordnet den tendens, der har tegnet sig på baggrund af analyserne af de to første dimensioner. *Handicap og kronisk sygdom er af helt afgørende betydning også for graden af samfundsmæssig deltagelse.* Jo mere syg eller handicappet den enkelte er, des større er sandsynligheden for, at vedkommende kun i lav grad deltager i samfundsmæssige aktiviteter, formelle såvel

som uformelle. Effekten af handicap og kronisk sygdom på graden af deltagelse er meget stærk. Samtidig er effekten dog også i høj grad indirekte gennem henholdsvis den individuelle og den sociale dimension, og først når disse to dimensioner medtages i analyserne, tegner der sig et tydeligt mønster, ligesom analysernes forklaringskraft stiger markant, således at over halvdelen af variansen på den politiske dimension af den sociale eksklusion forklares af analyserne. Dette betyder, at fordi handicappede og kronisk syge oplever en lav grad af individuel autonomi, et højt niveau af stress og belastning, en har en mere marginaliseret livsstil, og fordi de har et væsentligt svagere socialt netværk og svagere sociale relationer, så deltager de også markant mindre i forskellige samfundsmæssige aktiviteter end gennemsnittet.

Samlet viser resultaterne med stor tydelighed, at *handicap og kronisk sygdom er ekskluderende*. Ikke bare i forhold til arbejdsmarkedet, men i særdeleshed også i forhold til samfundet generelt. Analyserne bekræfter på den måde også tolkningen af de tredimensioner som tre hierarkiske niveauer fremfor tre selvstændige og i princippet uafhængige dimensioner. Hvis man ekskluderes på den individuelle dimension, har man også større risiko for at blive ekskluderet på den sociale og den politiske dimension og så fremdeles. En udfoldelse af denne teoretiske diskussion vil ske senere i dette kapitel. Først skal der konkluderes på alle de empiriske resultater.

Vender vi tilbage til resultaterne, så er der også i forhold til den politiske dimension sammenhæng mellem kronisk sygdom og handicap og kapabiliteten til at deltage. Jo mere syg eller handicappet man er, des større er sandsynligheden for, at man gerne ville deltage mere, end man faktisk gør, hvis muligheden var til stede. Igen viser resultaterne altså, at når kronisk syge og handicappede deltager mindre, så er det ikke fordi deres præferencer og prioriteringer er markant anderledes end gennemsnittets. Deres lavere grad af deltagelse er derimod i et vist omfang ufrivillig. Man kan derfor konkludere, at kronisk syge og handicappede betydeligt oftere er socialt ekskluderede end gennemsnittet på alle tre dimensioner af social eksklusion, og at denne eksklusion i væsentligt omfang kan tilskrives, at kronisk syge og handicappede er væsentligt mere ekskluderede på det individuelle niveau,

hvilket sætter sig omfattende spor på deres sociale relationer og deres faktiske deltagelse samfundsmæssigt.

Ser vi derimod på, hvilken betydning det at have et arbejde har, for den sociale eksklusion, når vi taler om samfundsmæssig deltagelse, tegner der sig igen et billede af, at arbejdsmarkedseksklusion ikke har nogen afgørende effekt på, i hvor høj grad man deltager i samfundsmæssige aktiviteter uanset, om der er tale om formelle aktiviteter som foreningsarbejde og deltagelse eller uformelle aktiviteter som eksempelvis fester og kulturelle aktiviteter som museumsbesøg, biografture etc. Faktisk er effekten af arbejdsmarkedseksklusion på graden af deltagelse, når der også tages højde for de socio-økonomiske faktorer, der er inkluderet i analysen, så lav at den praktisk talt er nul. *Arbejdsmarkedseksklusion medfører i sig selv ikke social eksklusion, heller ikke når det handler om faktisk deltagelse.* Samtidig ændrer arbejdsmarkedseksklusionen heller ikke synderligt ved effekten af kronisk sygdom og handicap på den sociale eksklusion. Der er altså ikke noget belæg for at tro eller basere politikker på, at arbejdsmarkedsinklusion vil øge graden af deltagelse blandt de kronisk syge og handicappede, der står udenfor arbejdsmarkedet.

På baggrund af analyserne af de tre dimensioner af social eksklusion kan det altså konkluderes, at selvom kronisk sygdom og handicap øger risikoen for såvel eksklusion fra arbejdsmarkedet som for generelt at blive socialt ekskluderet, så er der empirisk ikke fundet nogen sammenhæng mellem arbejdsmarkedseksklusion og social eksklusion, hverken når man kigger på den selvstændige effekt af arbejdsmarkedseksklusion, eller når arbejdsmarkedseksklusion betragtes som interaktionsled mellem handicap / kronisk sygdom og social eksklusion. Man kan derfor ikke med udgangspunkt i afhandlingens resultater konkludere, at en eksklusion fra arbejdsmarkedet medfører en øget social eksklusion. De to fænomener, arbejdsmarkedseksklusion og social eksklusion, kovarierer, fordi de begge to i vid udstrækning kan tilskrives den bagvedliggende årsag kronisk sygdom og handicap, men der ikke nogen reel kausal forbindelse imellem dem. Når man finder, at personer udenfor arbejdsstyrken hyppigere er socialt ekskluderede end gennemsnittet, skyldes det altså, at der er en overrepræsentation af personer med



kroniske sygdomme og handicaps blandt den gruppe af mennesker i den arbejdsdygtige alder, som står udenfor arbejdsmarkedet. Arbejdsmarkedseksklusion er derfor hverken årsagen til den sociale eksklusion, eller medicinen, der kan afhjælpe eksklusionen. Dette skyldes formentlig at netop den sociale eksklusion først og fremmest er forårsaget af sygdom eller handicap og ikke af positionen på arbejdsmarkedet. Det problem, der skal løses er altså ikke et problem, der handler om, at kronisk syge og handicappede social ekskluderes, fordi de ikke er en del af et arbejdsfællesskab. Problemet er derimod, at kronisk syge og handicappede har begrænsede muligheder for at deltage, fordi de er syge eller handicappede.

Svaret på første halvdel af problemformuleringen, *”medfører eksklusion fra arbejdsmarkedet en øget oplevelse af social eksklusion blandt kronisk syge og handicappede”*, er derfor på baggrund af afhandlingens empiriske resultater et klart nej. De to fænomener optræder ofte samtidig, men der kan ikke påvises nogen kausalforbindelse fra arbejdsløshed til social eksklusion.

Dette betyder i en mere teoretisk kontekst, at man på baggrund af afhandlingens resultater ikke kan finde belæg for, at deprivationsperspektivet og de socialpsykologiske teorier, der tager deres afsæt i deprivationsperspektivet, holder empirisk i konteksten af en dansk velfærdsstat. Tværtimod taler afhandlingens resultater for en forkastelse af disse perspektiver. Afhandlingen er naturligvis skrevet på baggrund af datasæt, der er ganske omfattende både hvad angår størrelse og omfang af informationer, der er tilgængelige i datasættet, men som det til trods stadig kun er et datasæt baseret på en enkelt stikprøve. Skulle man endeligt afkræfte hypotesen om, at arbejdsmarkedseksklusion medfører deprivation og social eksklusion i en mere generel kontekst, ville det kræve, at analyserne blev repliceret på flere forskellige stikprøver. Der er dog ikke noget grundlag for at mistænke, at den stikprøve på 25.000 respondenter, der er anvendt til afhandlingens analyser, afviger markant fra den danske befolkning generelt, og der er derfor heller ikke noget der indikerer, at samme analyse lavet på en stikprøve fra eksempelvis en anden landsdel, ville give et markant anderledes resultat.

## 10.2 DIAGNOSE- OG HANDICAPTYPEN

For at undersøge om typen af handicap eller sygdom, har betydning for den sociale eksklusion og om arbejdsmarkedsdeltagelsen er mere vigtig for personer med nogle typer af diagnoser endn andre, er der de generelle analyser af sammenhængene mellem social eksklusion, arbejdsmarkedseksklusion og kronisk sygdom og handicap i afhandlingen også foretaget specifikt i forhold til en række konkrete diagnosetyper. Resultaterne af analyserne af de forskellige diagnosetyper er herefter sammenlignet. Rækken af diagnosetyper, der sammenlignes i afhandlingen er ikke udtømmende, men omfatter de typer af diagnoser, der i datasættet var valide oplysninger omkring. Det betyder at sammenligningen først og fremmest består af en sammenligning af personer med kroniske sygdomme og heraf følgende helbredsmæssige begrænsninger, mens gruppen personer med medfødte handicaps eller handicaps som følge af skader ikke indgår i sammenligningen. Det samme gør sig gældende for visse diagnosetyper. Rækken af diagnosetyper omfatter dog de mest udbredte diagnosetyper og de diagnoser, der hyppigst er årsag til eksempelvis sygemeldinger og pension, og resultaterne kan derfor alligevel godt tegne et generelt billede af forskellene mellem personer med forskellige typer af diagnoser, blot man husker det forbehold, at nogle grupper ikke er repræsenterede.

Resultaterne af de forskellige diagnosetyper bekræfter generelt det billede, der tegnede sig i de generelle analyser af sammenhængen mellem social eksklusion, arbejdsmarkedseksklusion og kronisk sygdom og handicap. Kronisk sygdom og handicap har stor betydning for den sociale eksklusion, om end betydningen varierer mellem diagnosetyperne, men uanset hvilken diagnosestype man ser på, har arbejdsmarkedseksklusion ingen betydning for nogen af de tre dimensioner af social eksklusion. *Det er altså ikke afgørende for arbejdsmarkedseksklusionens betydning, hvad man fejler.*

Ser man på forskellene mellem de forskellige diagnoser, er der en tydelig tendens til, at nogle diagnoser i højere grad end andre øger sandsynligheden for social eksklusion. Generelt er psykisk sygdom den diagnosekategori som i mest udtalt grad hænger sammen med såvel arbejdsmarkedseksklusion som social eksklusion, men også bevægeapparatslidelser som gigt, ryglidelser mv. og kroniske

smertepåvirkninger som migræne eksempelvis, øger risikoen markant for eksklusion generelt og i forhold til arbejdsmarkedet. I lidt mindre grad skiller også hjerte- og kredsløbssygdomme sig ud, som diagnoser, der øger risikoen for eksklusion.

For alle diagnosetyper gælder det, at når der er en effekt af diagnosetypen på den sociale eksklusion og på arbejdsmarkedseksklusionen, er denne effekt helt eller delvist indirekte igennem sygdommens sværhedsgrad. Generelt er der stærke effekter af det at være meget syg og som følge heraf også begrænset i dagligdagen på den sociale eksklusion og arbejdsmarkedseksklusionen, uanset hvilken sygdom man har. Det er altså ikke kun diagnosen i selv, der er afgørende, det er i høj grad også graden af den funktionelle begrænsning, som sygdommen medfører, der er afgørende for den sociale eksklusion.

Det betyder også, at det generelle billede, analyserne tegner, er, at de diagnosetyper, som ikke eller sjældent medfører omfattende begrænsninger i hverdagen, typisk ikke bliver socialt ekskluderende eller kun bliver det i begrænset omfang. Også selvom diagnosen er kronisk og påfører den enkelte en mindre, men stadig vedvarende begrænsning. Men selvom det er det generelle billede, så er der alligevel også tegn på, at andre forhold spiller ind i forhold til, hvilke diagnoser og handicaps, der bliver ekskluderende. En diagnose som cancer i den mest alvorlige og potentielt uhelbredelige form, viser sig i analyserne at have lille sammenhæng med de to første dimensioner af social eksklusion, den individuelle og den sociale dimension. Til gengæld har cancer en effekt på deltagelsesdimensionen, altså den politiske dimension. Dette er bemærkelsesværdigt, da sammenhængen mellem handicap og kronisk sygdom og den politiske dimension af den sociale eksklusion generelt i et betydeligt omfang virker igennem de to første dimensioner af social eksklusion. Dette indikerer, at der i forhold cancerpatienter i mindre grad er tale om, at de ekskluderes fordi de taber autonomi og kontrol over egen tilværelse og derfor får svagere sociale relationer og slutteligt heller ikke deltager så meget som følge heraf. Til gengæld tyder det på, at cancerpatienter blot ikke deltager, fordi de

er begrænsede som følge af sygdommen og ikke fordi sygdommen har påvirket deres autonomi<sup>50</sup> og sociale relationer. Samme tendens kan også observeres i forhold til diagnoser som hjerneblødninger og blodpropper i hjernen og de efterfølgende handicaps som følge heraf, men her er der dog generelt tale om svage effekter.

En forklaring på disse forskelle kan være, at diagnoser som cancer og hjerneblødninger er forbigående. Dette burde dog afspejle sig, når man kontrollerer for sygdommens sværhedsgrad, hvilket det ikke gør. En anden mulighed er, at der er forskel på, hvordan de forskellige sygdomme og handicaps opfattes i omgivelserne, og hvilken behandling de forskellige typer af sygdomme og handicaps udløser i sundhedssystemet, beskæftigelsessystemet, det sociale system og på en arbejdsplads. Graden af stigmatisering kan formentlig være meget forskellig mellem de forskellige diagnoser og handicaps, og her ville det ikke være overraskende, hvis eksempelvis sygdomme som er opstået akut, er meget synlige og hvor alvoren af sygdommen og ansvaret for dens opståen ikke betvivles eller tillægges den enkelte selv. Her kan eksempelvis psykisk syge, personer med usynlige men kroniske smerter og personer med visse typer af usynlige bevægeapparatslidelser, være særligt udsatte i forhold til stigmatisering (Meynard-Moody & Musheno:2012, Harrits & Møller: 2014). Lidelserne kan være svære at se og konstatere og sværhedsgraden og alvoren af dem, er ikke åbenlys og synlig, hvilket kan gøre dem svære at forholde sig til for omverdenen. Samtidig kan man også diskutere, om denne type af sygdomme uanset hvor invaliderende de måtte være, har samme grad af anerkendelse i forhold til eksempelvis behandlingssystemet og i forhold til at kunne anerkendes som en begrænsning i eksempelvis en jobsituation eller i den beskæftigelsesrettede indsats. Samtidig er det, særligt i forhold til psykiske lidelser og kroniske smerter svært at finde

---

<sup>50</sup> Her skal det understreges, at analyserne ikke forholder sig til andre negative aspekter af cancer, såsom risiko og frygt for at dø af sygdommen, ligesom der også er en bias på analyserne, forstået på den måde, at de svageste cancer patienter sandsynligvis ikke er særlig godt repræsenterede i undersøgelsen.

hjælpe midler, der kan afhjælpe begrænsningerne, selv hvis sygdommene fuldt ud anerkendes.

Det kan i hvert fald konstateres på baggrund af afhandlingens empiriske resultater, at enkelte typer af handicaps og sygdomme primært bliver ekskluderende, fordi de begrænser den enkelte i, hvilke aktiviteter vedkommende kan deltage i, mens de fleste diagnoser og handicaps bliver ekskluderende i forhold til den enkeltes oplevelse af egen situation og muligheder for at kunne påvirke og kontrollere egen livssituation, i forhold til den enkeltes sociale relationer og i forhold til mulighederne for aktiv deltagelse i forskellige typer af aktiviteter.

### **10.3 FUNKTIONER OG FORUDSÆTNINGER. HVORFOR ARBEJDSMARKEDSEKSKLUSION IKKE BETYDER SÅ MEGET – OG HVORFOR SYGDOM OG HANDICAP GØR**

Politisk såvel som teoretisk tillægges arbejdsmarkedseksklusion tillægges meget stor betydning, når årsagen til og løsningen på social eksklusion skal findes. Man fokuserer ofte snævert på arbejdsmarkedseksklusionen og glemmer betydningen af de bagvedliggende årsager til såvel arbejdsmarkedseksklusion som social eksklusion. *Når det man interesserer sig for og fokuserer på, er arbejdsmarkedsdeltagelse og arbejdsmarkedseksklusion i snæver forstand, så er det ofte også det eneste man ser, når man leder efter forklaringer og løsninger.* De svar man får, afhænger af, hvilke spørgsmål man stiller, og hvordan man anskuer problemet. Breder man sin optik ud, så man i højere grad fanger kompleksiteten af de processer, der fører til social eksklusion, ser billedet imidlertid helt anderledes ud, og arbejdsmarkedet står pludselig ikke længere så centralt placeret.

Afhandlingens empiriske analyser har overordnet set vist, at at kronisk syge og handicappede er i større risiko for at opleve social eksklusion på alle tre dimensioner af social eksklusion. De har også betydeligt større risiko for at blive ekskluderet fra arbejdsmarkedet. Det til trods, forholder det sig ikke sådan, at arbejdsmarkedseksklusion i sig selv fører til en øget social eksklusion, uanset om man er svært syg eller handicappet eller har et perfekt helbred. Det er ikke arbejdsmarkedseksklusionen, som skaber den sociale eksklusion, men der er et

sammenfald mellem de personer, der ekskluderes socialt og de personer, som ekskluderes fra arbejdsmarkedet. Dette sammenfald kan dog tilskrives bagvedliggende faktorer, som er skyld i begge former for eksklusion, og her peger afhandlingens analyser på, at dårligt helbred, hvad end det er i form af handicaps eller kroniske sygdomme, er af afgørende betydning.

Betyder det så, at afhandlingens konklusion er, at arbejdsmarkedseksklusion er positivt, eller at det er uden konsekvenser at stå udenfor arbejdsmarkedet? Nej, det gør det langt fra. Resultaterne af de empirisk- statistiske analyser kan ikke sige noget om, hvordan det påvirker den enkeltes selvbillende i forhold til faglige eller arbejdsrelaterede evner. De kan heller ikke sige noget om, hvorvidt det opleves som ubehageligt at blive valgt fra til jobsamtaler, eller hvorvidt arbejdsløse oplever at mangle økonomiske ressourcer som følge af den manglende lønindtægt, ligesom arbejdsmarkedseksklusion kan have mange andre konsekvenser end dem, der er berørt i denne afhandling. Eksklusion fra arbejdsmarkedet er for langt de fleste mennesker sandsynligvis både en ufrivillig og meget lidt ønskværdig situation at havne i. Afhandlingen handler om arbejdsmarkedseksklusion og social eksklusion, og den forholder sig derfor ikke til, om langvarig eksklusion fra arbejdsmarkedet eksempelvis får folk til reelt at melde sig helt ud af arbejdsstyrken, om det påvirker den enkeltes faglige identitet eller tro på egne evner og en række andre forhold. Det, som der på baggrund af afhandlingens analyser kan konkluderes, er, at selvom *arbejdsmarkedseksklusion formentlig har negative konsekvenser, så smitter disse negative konsekvenser ikke af på det sociale liv og graden af social eksklusion*. Sociale relationer, individuel well being, lyst evne og vilje til at deltage i samfundet kan ikke reduceres til bare at være et spørgsmål om beskæftigelse. ”Fællesskabet” i en bred samfundsmæssig forstand er ikke bare et arbejdsfællesskab, men derimod et komplekst socialt fællesskab der dannes med grundlag i mange forskellige dele og aspekter af tilværelsen. Socialt liv er mere og andet end et arbejdsfællesskab.

En anden mere generel konklusion, der kan drages fra de empiriske analyser handler om, hvordan individet mestrer forskellige livssituationer. Afhandlingens resultater peger som allerede gennemgået på, at der ikke er nogen klar sammenhæng mellem social eksklusion og arbejdsmarkedseksklusion, hvilket

muligvis i nogles ører vil lyde som en overraskende konklusion. Men ser vi teoretisk på det, er en oplagt forklaring, at folk simpelthen reagerer vidt forskelligt på det at stå udenfor arbejdsmarkedet. De mestrer simpelthen situationen forskelligt, og kan derfor ikke bare ses, som passive deltagere i den henseende. Det betyder, at afhandlingens resultater ikke bestrider, at det for nogen, kan have omfattende og negative konsekvenser, at blive ekskluderet fra arbejdsmarkedet. Det er bare ikke en selvfølge, at det bliver tilfældet og mindst lige så hyppigt, får arbejdsmarkedseksklusionen ikke negative konsekvenser i forhold til den sociale eksklusion, og i nogle aspekter af den enkeltes liv, kan arbejdsmarkedseksklusion endda få positive konsekvenser.

Når der ikke findes nogen reel, statistisk sammenhæng, men kun sammenfald mellem social eksklusion og arbejdsmarkedseksklusion, kan man hverken betegne arbejdsmarkedseksklusion som godt eller skidt for den sociale eksklusion. Det er derimod oplagt at konkludere, at *arbejdsmarkedseksklusion har en meget forskelligartet betydning for forskellige individer, og hvilke konsekvenser arbejdsmarkedseksklusionen får, er afhængig af det enkelte individs mestrings af situationen, men også af de øvrige omstændigheder, livssituation og meget andet, som også har betydning for den enkeltes liv og livsprojekt.*

Den omvendte konklusion kan derimod drages i forhold til kronisk sygdom og handicap. Selvom der er forskelle mellem de forskellige diagnosetypers konkrete effekt på den sociale eksklusion, så tegner det overordnede og stærkeste billede sig af, at personer der, har et eller flere handicaps eller kroniske sygdomme, at sygdommen eller handicappet får store negative konsekvenser i forhold til social eksklusion. *Jo mere syg eller handicappet man er, des større og mere negative er konsekvenserne.* Dette billede ses til trods for store individuelle forskelle i forhold til de socio-økonomiske forhold, der også er inddraget i analyserne, og til trods for alle de øvrige forskelle mellem individer, som må formodes at være til stede, eksempelvis i forhold til personlighed, erfaringer, værdier, identitet, social status og generel livssituation. Analyserne viser altså, at selvom folk generelt mestrer en situation som arbejdsmarkedseksklusion meget forskelligartet, så gør det samme sig slet i samme omfang gældende, når det handler om sygdom og handicap. Det får i

langt højere grad negative konsekvenser, uanset hvem det rammer. Det tyder altså på, at hvor den enkelte har mulighed for at handle og mestre situationen i forhold til arbejdsmarkedseksklusion, så er der ikke samme muligheder for at handle og dermed også mestre situationen forskelligt, når det kommer til sygdom og handicap. Dette rejser selvfølgelig spørgsmålet, når individerne i forhold til arbejdsmarkedseksklusion ser ud til at være handlende og medskabende aktører, hvorfor er det så i markant mindre grad tilfældet i forhold til sygdom og handicap?

En mulig forklaring kan ligge i, at arbejdsmarkedseksklusion trods alt er en situation, hvor det faktisk er lettere, at handle og mestre situationen på forskellige måder. Selvom det er et tab af indkomst, så er der i hvert i de skandinaviske lande med universelle velfærdsstater og en rimelig grad af økonomisk kompensation for den tabte indkomst som følge af arbejdsløshed og sygdom. Og selvom det for mange ikke modsvarer hele den indkomst, der kunne tjenes ved at arbejde, så er det de færreste, som helt mister indkomstgrundlaget. Ligeledes kan nogle af de sociale funktioner, man ofte tilskriver det at have et arbejde, også opnås på anden vis. Gennem fritidsinteresser, ved kontakt med familien eller med venner, der ikke relaterer sig til arbejdet. Det samme gør sig gældende i forhold til identitet og selvbillede, som også kan tilpasses til den situation, man måtte stå i.

Med andre ord er det, man kan betegne som arbejdets sociale og psykologiske funktioner, ikke noget der kun kan opnås gennem arbejdet. Selvom arbejdet formentlig for mange udfylder nogle af disse funktioner, så kan funktionerne lige så vel opnås gennem andre kilder, hvilket gør det muligt at miste arbejdet og stadig bibeholde et socialt liv uden at blive hverken psykologisk eller socialt depriveret. Arbejde er således det, der i kapabilitetstilgangen kaldes en commodity eller en ressource, som *kan bidrage til at øge den enkeltes kapabiliteter, men da det er en ressource og ikke kapabiliteten i sig selv, kan kapabiliteterne også nås ved brug af andre, her eksempelvis fritidsinteresser, venner man ikke kender gennem arbejdet* og mange andre faktorer. På samme måde kan det også forventes, at arbejdets bidrag til at opfylde sociale og psykologiske funktioner, er helt afhængig af den konkrete kontekst, typen af arbejde og den enkeltes evne og mulighed for at udnytte arbejdet som en ressource til at opnå social kontakt eller mentalt velbefindende. Arbejde, der



indebærer stort pres, usikkerhed eller et højt stressniveau hos den enkelte, vil alt andet lige ikke øge den enkeltes psykologiske velbefindende, ligesom arbejde, der primært udføres alene uden kontakt til andre mennesker, eller som tager så meget tid, at der ikke er fritid til deltagelse i sociale aktiviteter, heller ikke vil være en god ressource, når de sociale funktioner skal opfyldes.

Ser man på kronisk sygdom og handicap er der til gengæld ikke samme muligheder for at kompensere for de funktioner og muligheder, man taber som følge af sygdom. Hvis man har kroniske smerter, så er de ikke kun til stede i bestemte kontekster. Det samme gælder, hvis man har et handicap, der begrænser ens bevægelse. Handicappet eller sygdommen er altså med i alle aspekter af den enkeltes liv. Selvom eksempelvis manglende mobilitet er et mindre problem, i situationer der ikke kræver ret meget bevægelse, så er handicappet hele tiden til stede. Det forsvinder ikke ved at skifte kontekst, men afhængigt af handicappet eller sygdommen kan begrænsningen være mindre i nogle situationer end andre. Det betyder at man som kronisk syg eller handicappet dels er mere afhængig af hjælp eller hjælpemidler, for at der kan kompenseres for de begrænsninger, man har. Og i de tilfælde hvor hjælpen ikke er til stede eller simpelthen ikke findes, så er der ikke meget, man kan gøre ved situationen.

Dette er muligvis både forklaringen på, hvorfor der er større mulighed for den enkelte for at mestre arbejdsmarkedseksklusion end for at mestre sygdom og handicap, ligesom det også er en oplagt forklaring på, hvorfor afhandlingen finder den meget stærke statistiske sammenhæng mellem kronisk sygdom og handicap og individuel autonomi, stress og belastning. Som kronisk syg eller handicappet er man ofte netop afhængig af hjælp eller hjælpemidler, og når den ikke er tilgængelig, så kan man bare ikke helt så meget. Måden hjælpen eller hjælpemidlerne tildeles på, kan også i sig selv have betydning for oplevelsen af at kunne handle eller mestre situationen og altså også på oplevelsen af autonomi. I jo mere udtalt grad hjælpen eller tildelingen af hjælpemidler skaber et afhængighedsforhold, jo mindre autonomi vil den afhængige alt andet lige have. Afhængighed og dermed uselvstændighed er netop autonomiens modsætning. Jo mere afhængig den syge eller handicappede oplever at være af andre, jo mindre

selvstændige handlemuligheder vil vedkommende også opleve at have, og jo større misforhold risikerer der at være mellem det, den enkelte gør og det vedkommende gerne ville gøre. Eller sagt på en anden måde, jo større forskel er der, på functionings og kapabiliteter hos den enkelte.

## **10.4 AUTONOMI OG KAPABILITET. OM SAMSPILLET MELLEM DE TRE NIVEAUER AF EKSKLUSION**

Igennem denne afhandling er spørgsmålet om social eksklusion som følge af kronisk sygdom og handicap, og ikke mindst hvilken betydning arbejdsmarkedseksklusion har for denne sammenhæng, blevet behandlet. Afhandlingen var i sit udgangspunkt kritisk overfor mange af de eksisterende teorier på området. Dels i forhold til den betydning, arbejdet og den manglende deltagelse på arbejdsmarkedet blev tillagt, og dels i forhold til den måde, man hidtil har defineret og operationaliseret social eksklusion på. Kritikken har så skulle positioneres gennem et analytisk-konstruktivt arbejde med teoretisk forudsætninger for forståelse og forklaring af de behandlede sammenhænge.

Social eksklusion defineres som et begreb, der i høj grad måles ud fra, hvordan den enkelte agerer i forhold til social deltagelse eller socialt netværk. Det bliver altså oftest betragtet som et spørgsmål om, hvor hyppigt man deltager i bestemte aktiviteter, fx deltagelse i foreninger eller klubber, eller hvor ofte man ses med bestemte personer i sit sociale netværk. Udgangspunktet for denne afhandling var, at en sådan definition af social eksklusion var både for snæver rent indholdsmæssigt og metodisk problematisk. Et af de store problemer er, at man kun måler eksklusion som faktiske handlinger, eller functionings. Dermed tager man hverken højde for de individuelle, mentale aspekter, der også er en del af eksklusionen, eksempelvis oplevelsen af at udenfor og følelsen af at være magtesløs, ligesom man heller ikke tager højde for de forskelle, der kan være mellem individers forskellige præferencer og livsprojekter.

Argumentet er derfor, at hvis man skal forstå social eksklusion i dybden, så er man nødt til ikke kun at se på faktiske handlinger i forhold til eksempelvis deltagelse. Man er også nødt til at se på de mere psykologiske eller mentale aspekter af social

eksklusion. Denne dimension er mindst lige så vigtig, som den faktiske deltagelse, hvis man skal tale om tilknytning, samhørighed og det at være en del af fællesskabet. Det giver ikke meget mening, at bruge et givent niveau i forhold til samfundsmæssig deltagelse, hvis ikke man også samtidig forholder sig til, om den enkelte faktisk oplever sig som inkluderet. Selvom lav deltagelse og oplevelse af eksklusion i et vist omfang hænger sammen, sådan som det er vist i afhandlingens analyser, så kan det sagtens lade sig gøre for den enkelte at deltage i forskellige aktiviteter og stadig føle sig ekskluderet. *Man kan altså ikke direkte slutte fra deltagelsesgrad alene til eksklusion.* For det andet viser afhandlingens analyser netop, at særligt den psykologiske dimension, er afgørende for, i hvor høj grad den enkelte faktisk deltager. Samtidig er effekten af kronisk sygdom / handicap, som i afhandlingens analyser er den absolut mest afgørende faktor i forhold til social eksklusion, på både den sociale og den politiske (deltagelsesorienterede) dimension af social eksklusion i høj grad indirekte. Det betyder, at havde man blot reduceret eksklusion til at handle om deltagelsesgrader eller hyppighed af social kontakt, så ville man have overset en væsentlig del af den reelle sociale eksklusion, som er forårsaget af kronisk sygdom / handicap. Man ville kun have set toppen af isbjerget.

Det forekommer sandsynligt, at samme problemstilling også ville gøre sig gældende i forhold til andre forhold, der kan være socialt ekskluderende foruden sygdom og handicap. Altså at den direkte effekt først og fremmest ville kunne måles i forhold til de psykologiske aspekter, mens effekten i forhold til deltagelse og socialt netværk i højere grad ville være indirekte og dermed også usynlig, hvis ikke man medtog den individuelle dimension i sine analyser. Afhandlingens resultater viser ikke kun, at det faktisk giver mening empirisk såvel som teoretisk, at sondre mellem tre dimension i forhold til sociale eksklusion. Resultaterne viser netop også, at de tre dimensioner er forbundne, og at særligt den første og individuelle dimension, som oftest overses, er af afgørende betydning for udfaldet i forhold til de to øvrige dimensioner.

Den første dimension af social eksklusion, der i afhandlingens analyser har vist sig at være af afgørende betydning, for den sociale og den politiske dimension af eksklusion, handler netop om individets oplevelse af autonomi. Om oplevelsen af at

være i kontrol over egen tilværelse og om at have indflydelse på sit liv og sit livsprojekt, at føle at man har mulighed for at træffe valg og ikke blot være nødsaget til at underlægge sig andres valg eller livets omstændigheder. Her viser resultaterne, at handicap og kronisk sygdom har en afgørende og negativ påvirkning af denne oplevelse af autonomi. Og at dette tab af individuel autonomi får betydelige konsekvenser for den enkeltes sociale relationer og aktive deltagelse i samfundet, samt for oplevelsen af at have muligheden for at deltage i samfundet og engagere sig i sociale relationer, i det omfang den enkelte har lyst til og behov for. Tab af autonomi på et individuelt plan fører altså til manglende kapabilitet til at udfolde sig socialt og til at deltage i samfundet.

Dette betyder, at den tredelte model over eksklusion og autonomi, som har dannet grundlaget for denne afhandlings definition af social eksklusion, med rette kan forstås som en *hierarkisk model*, hvor den individuelle dimension er særligt afgørende. For oplever den enkelte ikke at have denne individuelle autonomi og at være ekskluderet på det individuelle plan, så sætter det sig også tydelige spor, på måden, den enkelte agerer i forhold til andre mennesker og i forhold til samfundet. Taber man oplevelsen af at have indflydelse på eget liv, så svækker det ens sociale relationer. *Kombinationen af lav individuel autonomi og svage sociale relationer, får negative konsekvenser for den faktiske deltagelse og muligheden for at kunne deltage.* Dette sker sandsynligvis, fordi der dels er en reel sammenhæng mellem oplevelsen af autonomi og ens faktiske handlemuligheder. Personer med faktisk begrænsede handlemuligheder eksempelvis pga. svær sygdom eller handicap oplever i langt højere grad at mangle autonomi. Men derudover kan oplevelsen af manglende autonomi i sig selv formentlig også få en forstærkende effekt. Mangel på autonomi svækker alt andet lige den generelle oplevede well-being, og det vil også sætte sig spor i troen på, at man faktisk kan handle indenfor de ganske vist begrænsede rammer man måtte have. På samme måde får ufrivilligt svage sociale relationer også betydning i forhold til, både hvad den enkelte de facto kan og i forhold til den enkeltes well-being og tro på, hvad han eller hun kan. Socialt netværk er for de fleste mennesker i et eller andet omfang en kilde til social kontakt etc. men det er også en kilde til praktisk hjælp og støtte i dagligdagen. Er man begrænset pga. eksempelvis sygdom, er man i mange situationer i højere grad

afhængig af andres hjælp, når og hvis man skal deltage i aktiviteter. Og mangler man disse relationer, kan det formentlig også gå ud over ens well-being og ens forestilling om, hvad man kan. De tre dimensioner kan altså ikke ses uafhængigt af hinanden, men skal ses i forlængelse af hinanden.

Det medfører ligeledes, at når vi taler om *kapabiliteter* til forskellige handlinger, så er oplevelsen af autonomi eller den generelle kapabilitet til at træffe selvstændige valg og påvirke egen tilværelse afgørende. Det betyder også, at selvom der i Sens kapabilitetstilgang ikke generelt prioriteres, hvilke kapabiliteter, der er af størst betydning eller mest centrale, så peger afhandlingens empiriske resultater på, at når vi taler specifikt om social eksklusion, så er den individuelle oplevelse af autonomi og den generelle kapabilitet til at kunne træffe egne valg og derved føle, man har indflydelse på egen tilværelse, mere afgørende end kapabiliteten til at eksempelvis at deltage i en konkret aktivitet, det kan også være arbejde. De kronisk syge og handicappede, som indgår i denne afhandlings analyser, er personer med meget forskelligartede begrænsninger. Det kan være alt fra psykiske begrænsninger af forskellig karakter, til bevægeapparatslidelser og sansehandicaps. Deres handicap eller sygdom sætter altså meget forskellige begrænsninger i forhold til de enkelte konkrete aktiviteter eller sociale kontakter. Alligevel bliver det mest afgørende ikke, præcis hvilken sygdom eller handicap man har, men derimod omfanget af handicapet eller sygdommen, fordi svær sygdom eller handicap uanset diagnose type eller type af funktionel begrænsning, mindsker individets oplevelse af at have individuel autonomi. Det primære bliver derfor ikke kapabiliteten til konkret at kunne gå i biografen eller cykle en tur med familien. Det primære bliver derimod at mindske den negative effekt handicap og kronisk sygdom har på autonomi i tilværelsen generelt, også selvom begrænsningen måske ikke konkret blokerer for cykelturen. For selvom handicapet eller den kroniske sygdom ikke influerer direkte på muligheden for at foretage sig specifikke aktiviteter – det kan være at cykle en tur eller gå til fodbold – så influerer det stærkt indirekte ved at påvirke den generelle autonomi og derigennem også påvirke, hvad folk faktisk gør og oplever at have mulighed for at gøre. Det kan også være i den forstand, at selvom en person i princippet ikke har en begrænsning, der forhindrer deltagelse i sociale sammenkomster, så er vedkommende alligevel ikke i stand til fuldt ud at deltage,

hvis man er begrænset i forhold til næsten alt andet i dagligdagen, eller hvis mange andre aktiviteter bliver mere omstændige, mere tidskrævende eller tager meget energi pga. eksempelvis helbredsmæssige begrænsninger.

Kapabiliteter kan derfor aldrig kun handle om enkelte aktiviteter og forholdet mellem, hvorvidt den enkelte foretager en specifik handling og hvorvidt den konkrete handling eller fravalget heraf, er frivilligt. Selvom kapabilitet også kan være evnen og muligheden til en specifik handling, så er det afgørende kapabiliteten til at handle generelt, uanset hvilke præferencer, man måtte have i forhold til de enkelte handlinger. Her viser analysens resultater også netop, at handicap og kronisk sygdom ikke blot bliver ekskluderende, fordi de giver konkrete funktionelle begrænsninger eller påvirker hvordan den enkelte agerer i forhold til konkrete functionings. Det bliver ekskluderende, fordi det svækker den overordnede psykologiske well-being og oplevelsen af at være et individ, der kan handle generelt.

Vendes tilbage til definitionen af social eksklusion, er et andet problem ved den måde, man hidtil har defineret begrebet på, at man netop kun ser på faktiske handlinger. Det betyder, som det er beskrevet ovenfor, at man overser betydningen af de psykologiske eller mentale aspekter af eksklusion, men også at man reducerer eksklusion til at opnå en på forhånd fastlagt grad af deltagelse eller social kontakt, som ikke nødvendigvis er meningsfuld i forhold til den enkeltes præferencer og livssituation. Det betyder, at når man hidtil har målt social eksklusion, har man enten fastsat et bestemt niveau for deltagelsesgraden i bestemte, udvalgte aktiviteter eller sociale relationer, og lå man under dette niveau, blev man betragtet som ekskluderet. Normativt har man antaget, at mere deltagelse eller social kontakt altid er godt, og at deltagelsen eller kontakten betyder det samme, for alle mennesker, og at en lav grad af deltagelse eller kontakt, derfor er mål for eksklusion. Dette gælder også i forhold til de aktuelle, danske beskæftigelsesreformer. Det betyder, at man ikke tager højde for, at en lav grad af deltagelse kan være frivilligt, ligesom personer, der deltager forholdsvis meget, også sagtens kan opleve, at de ikke kan deltage så meget som de gerne ville. Karikeret sagt ser man bort fra, at manglende deltagelse kun er problematisk, hvis den er ufrivillig. Det er ikke et reelt problem, at

man ikke deltager i fodboldklubben, hvis man hader at spille fodbold, ligesom det heller ikke er et problem, at man ikke har så hyppig kontakt med sit sociale netværk, hvis det blot er et udtryk for, at man et mindre behov for at være social end gennemsnittet.

Her er derfor konstrueret en definition af social eksklusion, som tager højde for de forskellige dimensioner af eksklusion, samtidig med at der sondres mellem det folk faktisk gør, og det de gerne ville gøre. Selvom afhandlingens analyser viser, at der reelt er sammenhæng mellem de to ting, så ville det metodisk såvel som teoretisk være fejlagtigt kun at se på, hvad folk gør uden at skele til, om de gerne ville gøre mere end de gør, eksempelvis deltage mere i forskellige aktiviteter, end de har mulighed for.

Ser man på de empiriske resultater, giver denne forståelse og operationalisering også nogle meget robuste statistiske resultater, ligesom der viser sig nogle ganske tydelige sammenhænge og mønstre, man ellers ville overse. Analyserne viste tydeligt, at man kunne tale om tre dimensioner af eksklusion, ligesom det også empirisk gav mening at skelne mellem functionings og kapabiliteter.

På baggrund af afhandlingens resultater, må anbefales at forståelsen af social eksklusion udvides og nuanceres, så der tages højde for forskelle mellem, hvad folk gør, og hvad de gerne ville gøre. Og at man betragter eksklusion som andet end blot at være et spørgsmål om faktiske handlinger i forhold til social deltagelse og kontakt. Social eksklusion er i lige så høj grad et spørgsmål om den enkeltes oplevelse af egen tilværelse og handlemuligheder i forhold hertil. Som det har vist sig empirisk i analyserne er netop de psykologiske aspekter, eksempelvis fraværet af autonomi og handlemuligheder, bindeledet mellem helbredsmæssige begrænsninger og faktisk deltagelse og social kontakt.

## **10.5 POLICY ANBEFALINGER OG BETYDNING FOR PRAKSIS**

Afhandlingens resultater har vist, at selvom kronisk sygdom og handicap øger sandsynligheden for at den enkelte oplever såvel arbejdsmarkedseksklusion som social eksklusion, så har arbejdsmarkedseksklusionen i sig selv ikke den store

betydning for den sociale eksklusion. Hvad betyder det så i forhold til indsatsen på beskæftigelsesområdet og i forhold til kronisk syge og handicappede generelt? Det ville måske være nærliggende at tænke, at afhandlingens konklusioner må betyde, at det ikke er nødvendigt at lave en beskæftigelsesindsats generelt eller specifikt overfor kronisk syge og handicappede. Det ville imidlertid være en helt forkert konklusion at drage. Der er rigtig mange begrundelser for såvel samfundet som den enkelte, til at man fortsat skal føre en aktiv arbejdsmarkeds- og beskæftigelsespolitik, og afhandlingens konklusion er ikke, at beskæftigelse ikke er vigtig. Konklusionen er derimod, at selvom beskæftigelse er vigtig for mange ting, så er det ikke afgørende for den sociale eksklusion, og eksklusion fra arbejdsmarkedet er ikke årsagen til social eksklusion. Kausalt må hidtidige fortsættelsesrammer revideres, når der tilrettelægges konkrete politiktiltag.

Det indebærer også, at det giver mening at føre beskæftigelsespolitik, for at få folk i beskæftigelse og ikke for at fjerne den sociale eksklusion. For sidstnævnte er beskæftigelse ikke løsningen. Skal afhandlingens konklusioner tages til efterretning, er den første anbefaling i forhold til policyudformningen, at man må adskille arbejdsmarkedseksklusion og social eksklusion. Både når man politisk taler om emnerne, men også når man laver konkrete indsatser. Er sigtet med en policy eller indsats, at inkludere samfundets marginalgrupper bedre i samfundet, så er det de bagvedliggende årsager til eksklusionen, man skal adressere og ikke det faktum at de personer, der oplever social eksklusion også hyppigere står udenfor arbejdsmarkedet. En anerkendelse af, at det sociale liv og det samfundsmæssige fællesskab ikke blot er et arbejdsfællesskab og at årsagerne til social eksklusion er mere komplekse end blot at være et spørgsmål om, hvorvidt man deltager på arbejdsmarkedet, er første skridt, hvis beskæftigelsespolitikken og den sociale politik skal forbedres med udgangspunkt i afhandlingens resultater. Det vil også være et stort skridt væk fra den endimensionelle forståelse, der har karakteriseret den hidtige reformbegrundelse og –tilrettelæggelse.

Afhandlingens resultater viser en meget stærk sammenhæng mellem kronisk sygdom og handicap og alle tre dimensioner af social eksklusion. Den viser også markant sammenhæng mellem kronisk sygdom og handicap og



arbejdsmarkedseksklusion. Disse resultater peger på, at hverken arbejdsmarkedseksklusion eller social eksklusion blot kan reduceres til spørgsmål om, hvor godt den enkelte mestrer situationen eller hvordan den enkelte håndterer sit arbejdsliv eller sociale liv. Resultaternes styrke og forklaringskraft peger derimod på, at det ikke blot er et spørgsmål om, hvordan den enkelte håndterer egen situation, men derimod et spørgsmål om, at *nogen grundet deres sygdom eller handicap i udgangspunktet er markant dårligere stillet både i forhold til arbejdsmarkedet og deres generelle sociale situation*. Skal man tale om inklusion og indsatser for at øge inklusionen på arbejdsmarkedet som i samfundet generelt, er det derfor afgørende, at man anerkender, at handicappede og kronisk syge har begrænsninger, som påvirker deres muligheder for deltagelse. Det betyder, at man i langt højere grad bliver nødt til at *tænke handicappede og kronisk syge som en målgruppe, der har behov for særlig hjælp eller hjælpemidler, hvis man skal kompensere for de begrænsninger, som spænder ben for deres deltagelse på arbejdsmarkedet og i samfundet generelt*.

Herudover viser afhandlingens resultater, at oplevelsen af autonomi er afgørende for den enkeltes sociale relationer såvel som for deltagelsen i forskellige aktiviteter og i samfundet generelt. Det betyder, at typen af den hjælp, der gives, og hvordan hjælp og hjælpemidler tildeles, også kan spille en afgørende rolle for inklusionen af kronisk syge og handicappede. Hjælp som bliver betinget af eksempelvis den enkeltes sociale netværks evne og vilje til at hjælpe må forventes at have en negativ effekt, forstået således at det sætter den syge eller handicappede i et stærkt afhængighedsforhold til dem, der hjælper. Det samme gør sig gældende, hvis tildelingen af hjælp eller hjælpemidler får et skær af, at man skal gøre sig fortjent til hjælpen, sådan som der har været en tendens til igennem de seneste 10 – 15 års beskæftigelsespolitiske praksisarbejde (Baadsgaard m.fl. 2014 a, b, c). Det er derfor afgørende at hjælp og hjælpemidler, når de tildeles af det offentlige, gives som *rettigheder* på baggrund af de helbredsmæssige begrænsninger, og ikke tildeles til gengæld for en bestemt adfærd eller på baggrund af en vurdering af andre ting end de faktiske begrænsninger.

I dette lys kan det være hensigtsmæssigt at overveje, om en tydeligere adskillelse af de sociale eller handicaprelaterede indsatser fra de beskæftigelsesrettede indsatser ikke kunne være hensigtsmæssig. Det kan der argumenteres kraftigt for at gøre. Beskæftigelsessystemet og i særlig grad aktiveringsindsatsen er igennem de seneste 10 -15 år gledet mere og mere sammen med den sociale indsats rette mod svagere stillede grupper i samfundet. De sociale indsatser er blevet absorberet og underlagt et beskæftigelsespolitisk rationale. Det betyder at mange beskæftigelsesindsatser indeholder elementer af sociale eller sundhedsmæssige indsatser, særligt udtalt i forhold til indsatserne for de svageste grupper i forhold til arbejdsmarkedet. Problemet med dette er dog, at beskæftigelsesindsatsen stort set altid indeholder et mod krav om en bestemt adfærd, hvis retten til hjælp skal bibeholdes. Det kan være krav om jobsøgning eller generelt at stå til rådighed for arbejdsmarkedet, men det kan også være deltagelse i dele af aktiveringsindsatsen, som ikke har noget med at afhjælpe handicappet eller sygdommen at gøre. Det betyder igen at hjælpen i beskæftigelsessystemet ikke er en ret givet på baggrund af behov, men derimod at hjælpen også i høj grad er gjort betinget af andre ting. I forhold til at øge den enkeltes autonomi, er dette absolut ikke hensigtsmæssigt, og kan risikere at virke kontraproduktivt, fordi tab af autonomi i modsætning til manglende beskæftigelse faktisk forværrer den enkeltes sociale situation betydeligt.

Dertil kommer, at handicapkompenserende ordninger, i det omfang de faktisk anvendes, i høj grad associeres med job og beskæftigelse og ikke med forbedringer i forhold til den generelle livssituation. Det er utvivlsomt vigtigt, at man i høj grad tænker i mulighederne for at kunne kompensere for et handicap eller begrænsninger som følge af sygdom i forhold til inklusionen af denne gruppe på arbejdsmarkedet. Og ordningerne kunne formentlig godt udvides og udbredes i beskæftigelsesindsatsen. Inklusion handler i midlertid ikke blot om, at den enkelte tilpasser sig eksempelvis arbejdsmarkedet. Det handler i høj grad også om, at der gøres plads til den enkelte på arbejdsmarkedet. Det kan eksempelvis være ved at tilrettelægge arbejdets udførelse, måden arbejdet planlægges og organiseres på og arbejdspladsens indretning, så det tager højde for de begrænsninger, den enkelte har. Problemet er i dag, at "det rummelige arbejdsmarked" ikke længere er en integreret del af beskæftigelsesindsatsen og den konkrete praksis i systemet. I stedet er

begrebet blevet et diffust og udefinerbart udtryk, der i mange sammenhængen er blevet erstattet af det mere erhvervspolitiske begreb ”virksomhedernes sociale ansvar” eller ”CSR – corporate social responsibility”, som ikke på samme måde har fokus på rummelighed og inklusion (Bredgaard:2014). Men det er også vigtigt, at inklusion ikke kun bliver et spørgsmål om arbejdsmarkedet. Da arbejdsmarkedsdeltagelse netop i sig selv ikke giver nogen garantier for, at der også sker en generel social inklusion, er det vigtigt, at hjælp og hjælpemidler tænkes bredt i forhold til den enkeltes samlede tilværelse og ikke kun i forhold til muligheder for at præstere på arbejdsmarkedet.

I forhold til de konkrete reformer, der er gennemført på området de seneste år, er det bekymrende at hjælp både i form af egentlig behandling men også i form af hjælp til håndtering af at leve med en sygdom praktisk såvel som psykisk, i høj kædes sammen med en beskæftigelsesrettet indsats. Det udtrykeks markant i ressourceforløbene i forbindelse med reformen af førtidspension og fleksjobordningen. Selvom det på den ene side er positivt at forløbene lægger et mere helhedsorienteret og tværfagligt syn på den enkelte borger ved inddragelse af andre faggrupper end blot sagsbehandlere i beskæftigelsessystemet, så er der samtidig en reel risiko for, at indsatsen bliver begrænsende overfor den enkeltes autonomi fremfor det modsatte. Det er derfor af afgørende betydning, at den hjælp, der tilbydes i ressourceforløbene aldrig bliver gjort betinget af, at den enkelte udviser en bestemt adfærd, deltager i andre aktiviteter eller foretager sig bestemte handlinger. For i så fald bliver hjælpen i lige så høj grad et redskab til kontrol, som det bliver en reel hjælp. Dette er formentlig svært at undgå i praksis, fordi ressourceforløbene i høj grad ses som en samlet pakke. Det er dog vigtigt, hvis forløbene skal have en autonomiskabende effekt, at den enkelte altid har mulighed for at takke nej til dele af en indsats, uden at det går udover eksempelvis muligheden for at deltage i andre dele af indsatsen eller muligheden for at modtage den hjælp, som også kan tilbydes i forløbene.

I forhold til den del af reformen, som omhandler fleksjob, er det ligeledes problematisk, at ansættelse af personer med helbredsmæssige begrænsninger i høj grad reduceres til et spørgsmål om, hvor mange timer den enkelte kan arbejde.

Opmærksomheden på handicaps og helbredsmæssige begrænsninger og ikke mindst behovet og mulighederne for at kompensere for disse begrænsninger, er meget lille. Hvis fleksjob og i det hele taget integration af kronisk syge og handicappede på arbejdsmarkedet skal føre til reel integration og fuld udnyttelse af de kompetencer, målgruppen har, er det nødvendigt at tænke fleksjob som andet og mere, end et job på nedsat tid. Man bliver i langt højere grad nødt til at fokusere på mulighederne for at tilrettelægge arbejdets udførelse og organisering og arbejdspladsens indretning, så der bedst muligt kompenseres for de begrænsninger, den enkelte måtte have. Det kan være i form af en øget brug af hjælpemidler, ved at tilrettelægge arbejdstid og arbejdets organisering, så det giver stor mulighed for fleksibilitet, så den enkelte kan arbejde meget på gode dage og lidt på dårlige. Det kan også være ved at sammensætte en ny stilling, der indeholder de opgaver, den enkelte kan løse trods begrænsningerne, og flytte de opgaver, handicappet eller sygdommen blokerer for at den enkelte kan udføre over til andre. Det handler altså om, at arbejdspladsen og arbejdsmarkedet også tilpasses, så der gøres plads til mennesker med begrænsninger, og at spørgsmålet ikke bare reduceres til at handle om, hvor meget man kan trappe den enkelte op i antal arbejdstimer. Fokus på rummelighed på arbejdsmarkedet kunne genindføres som et indsatsområde, sammen med en ændret forståelses- og forklaringsramme.

Ved at anerkende at gruppen af kronisk syge og handicappede er mennesker med konstaterede helbredsmæssige begrænsninger, som er varige og betydelige, og ved fokusere på at kompensere for disse begrænsninger, vil man givetvis kunne få en større andel af de kronisk syge og handicappede i arbejde eller gøre dem i stand til at arbejde mere, fordi begrænsningerne gøres mindre betydningsfulde, hvis der tages hensyn til dem eller kompenseres for dem. Man ville sandsynligvis også medvirke til at give den enkelte en større oplevelse af kontrol over egen tilværelse og autonomi i det hele taget. Et større fokus på handicappet med henblik på compensation og hensyntagen til begrænsningerne, vil derfor forventeligt have både beskæftigelsesmæssige og sociale fordele. Det anbefales derfor at man i langt højere grad tænker dette ind, når beskæftigelsesindsatser rettet mod kronisk syge og handicappede etableres såvel på policyniveau som i de konkrete forløb for den enkelte borger. Det betyder også, at en kapabilitetstilgang i indsatsen ville være at

foretrække, fremfor de nuværende antagelser beskæftigelse og integration på arbejdsmarkedet som mål og middel for alle.

Samtidig kan der også stilles spørgsmålstegn ved fornuften i det for nuværende stærke fokus på at oprette fleksjob af meget få timers varighed, faktisk helt ned til 2 timer ugentligt. Når arbejdsmarkedsdeltagelsen for kronisk syge og handicappede ikke i sig selv forbedrer den generelle samfundsmæssige inklusion, er det ikke hensigtsmæssigt at fokusere ensidigt på at få kronisk syge og handicappede med en forsvindende lille arbejdssevne i beskæftigelse. Afhandlingens resultater har vist, at det at stå udenfor arbejdsmarkedet i nogle situationer kan have en positiv indvirkning på overskuddet og muligheden for deltagelse og opretholdelse af socialt netværk, sandsynligvis fordi fraværet af arbejdsmarkedsdeltagelse frigiver tid og overskud til andre aktiviteter. Når man betragter den gruppe af syge og handicappede, som er så begrænsede af deres helbredsmæssige tilstand, at de kun lige akkurat kan klare et par timer i beskæftigelse om, kan man derfor forestille sig at det, at passe et arbejde, selvom om det drejer sig om få timer, vil få betydelige sociale konsekvenser. Der er en reel risiko for, at gruppen af meget svært syge eller handicappede faktisk vil ende med at deltage endnu mindre eller måske slet ikke magter dagligdags aktiviteter som indkøb, rengøring mv., hvis en stor del af deres ressourcer skal gå til at passe og fastholde et fleksjob. For denne gruppe, som visiteres til fleksjob af ganske få timers varighed om ugen, er den økonomiske gevinst ved arbejdet yderst begrænset. Det samme gælder den samfundsøkonomiske gevinst, ved at få disse personer i beskæftigelse få timer ugentlig. Er der, som afhandlingens resultater viser, heller ingen social gevinst og måske endda negative konsekvenser for den enkeltes inklusion i samfundet generelt, bør man overveje, om det overhovedet er meningsgivende at oprette et sådant fleksjob. Ressourcerne kan meget vel i sådanne tilfælde være givet bedre ud, ved at fokusere mere bredt på den enkeltes trivsel og livssituation.

Som et resultat af den hidtige politik og samfundsudvikling, er forståelsen af medborgerskab reelt omdefinert til først og fremmest at være et økonomisk medborgerskab betinget af deltagelse på arbejdsmarkedet. Dette er problematisk af flere grunde. Medborgerskabsperspektivet tilskriver, at ingen skal opleve tab af

medborgerskab, hvilket netop er det, der sker når bestemte grupper marginaliseres eller ekskluderes socialt.

Analysen og resultaterne viser, at der er betydelige problemer med eksklusion af kronisk syge og handicappede i forhold til arbejdsmarkedet og generelt i det danske samfund. Det gælder på tværs af andre sociale faktorer, vi ellers tilskriver stor betydning i forhold til social eksklusion eksempelvis uddannelse og indkomst. Dette vidner om, at kronisk syge og handicappede er dårligere stillede uanset hvordan de ellers agerer på andre områder. Og det vidner, om at der er generelle samfundsmæssige strukturer, som er medskabende i forhold til den sociale eksklusion og arbejdsmarkedseksklusion af gruppen. Skal man i højere grad have inkluderet flere kronisk syge og handicappede, skal denne strukturelle ulighed for det første anerkendes og i forlængelse heraf, skal der også en anerkendelse af, at det ikke blot er individet som skal tilpasse sig samfundet eller kollektivet, men også kollektivet eller samfundet som skal gøre plads til og tilpasse sig individets forskellige forudsætninger og behov. Det betyder også, at man må gøre op med forestillingen om, at der findes en universal løsning, der virker for alle, og dermed også med forestillingen om, at hvis bare man integrerer alle på arbejdsmarkedet, så vil man også løse problemerne med social eksklusion.

# LITERATUR LISTE

Acock, Alan C., 2013: *Discovering Structural Equation Modeling Using Stata*, STATA Press, Texas

Andersen, Jørgen Goul & Jensen, Per, H. (red.), 2001: *Marginalisering, integration og velfærd*, Aalborg Universitetsforlag

Andersen, R.K., 2007: *Reaktivisering av uførepensionister. Potensial og hindringer*. Fafo, Oslo

Anderson, J. & Honneth, A., 2005: *Autonomy, Vulnerability, Recognition and Justice*, i Christman, J. P. & Anderson, J. (Red.) *Autonomy and the challenges of Liberalism: new essays*. Cambridge University Press

Anderson, P.S., 2003: *Autonomy, Vulnerability and Gender*, *Feminist Theory*, 4 (2) s.149-164

Angermeyer, M.C. & Matschinger, H., 1996: *Belastungen und Bedürfniss der Angehörigen psychisch Kranker*, *Psychosoziale Umschau*, nr. 11 s.1-3

Anvik, C.H., 2006: *Mellom drøm og virkelighet? Unge funksjonshemmede i overgangen mellom utdanning og arbeidsliv*. Nordlandsforskning, Bodø

Armstrong, Kenneth, A., 2010: *Governing Social Inclusion. Europeanization through Policy Coordination*, Oxford University Press

Baadsgaard, Klevin, Jørgensen, Henning, Nørup, Iben & Olesen, Søren Peter, 2014: *Jobcentre og klemte kvalifikationer*, Aalborg Universitetsforlag, Aalborg

Bach, Henning Bjerregård, 2002: *Kontanthjælpsmodtageres aktivering og arbejdsudbud*, SFI, København

Bach, Henning Bjerregård & Petersen, Kirstine Nærvig, 2006: *Kontanthjælpssurvey – en undersøgelse af kontanthjælpsmodtageres forhold*, SFI, København

Bach, Henning & Boll, Joachim, 2003: *De svageste kontanthjælpsmodtagere. Barrierer for beskæftigelse*, SFI, København

Balestrino, Alessandro, 1996: *A note on functionings-poverty in affluent societies*, *Notize di Politeia*, vol. 12, no. 43/44

Bengtsson, Steen & Stigaard, Dorte Laursen, 2011: *Aktuelskandinavisk og britisk handicapforskning. En kortlægning af miljøer*. SFI Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Ben-Ishai, Elizabeth, 2012: *Fostering Autonomy. A theory of citizenship, the state and social service delivery*, Pennsylvania State University Press

Ben-Ishai, Elizabeth, 2012: *The New Paternalism: An Analysis of Power, State Intervention and Autonomy*, Political Research Quarterly 65:151, oprindeligt publiceret online 1 December 2010.

Ben-Ishai, Elizabeth, 2009: *The Autonomy-Fostering State: "Coordinated Fragmentation" and Domestic Violence Services*, The Journal of Political Philosophy, Vol.17 nr. 3 s. 307-331

Ben-Ishai, Elizabeth, 2006: *Towards a Revised Conception of Social Citizenship: An Autonomy-Focused Model*, Association for Political Theory Conference, Indiana, conference paper

Bertelheimer, Peter, Verd, Joan Miquel, Lehwess-Litzmann, René, Lopez-Andreu, Marti & Schmidt, Tanja, 2012: *Unemployment, intervention and capabilities. A comparative study of Germany and Spain*, Transfer, vol.18, no.1

Bhargava, Rajeev, 1992: *Individualism in the social science. Forms and limits of a methodology*, Clarendon Press, Oxford

Blekesaune, Morten & Øverbye, Einar, 2000: *Uførepensjonisters materielle levekår og sociale tilknytning. En undersøkelse basert på fem leveårsundersøkelser fra 1983 til 1995*, Rapport 7/00, Norsk Institutt for Forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Blekesaune, Morten, 2005: *Unge uførepensjonister. Hvem er de, og hvor kommer de fra?* NOVA, Oslo

Bollen, K.A., & Long, J.S., 1993: *Introduction*. I K.A. Bollen & J.S. Long (Eds.): *Testing structural equation models*, Newbury Park, CA: Sage.

Bonvin, Jean-Michel, 2012: *Individual working lives and collective action. An introduction to capability for work and capability for voice*, Transfer, vol.18, no.1

Bothfeld, Silke & Betzelt, Sigrid, 2013: *How do activation policies affect social citizenship? The issue of autonomy*, Social Policy Review nr. 25, Social Policy Press



Bothfeld, Silke & Betzelt, Sigrid, 2011: *Activation and Labour Market Reforms in Europe. Challenges to social citizenship*, Work and Welfare in Europe, Palgrave Macmillann

Bothfeld, Silke & Betzelt, Sigrid: *Activation, Autonomy and Social Citizenship* i Betzelt, Sigrid & Bothfeld, Silke, 2011: *Activation and Labour Market Reforms in Europe. Challenges to social citizenship*, Work and Welfare in Europe, Palgrave Macmillann

Boyd, Reiko K., 2013: *Psykologiske Teorier og Lav-Løn Arbejde*, Journal of Human Behavior in the Social Environment, Vol. 24, nr. 1.

Breidahl, Karen, 2011: *Social Security Provision Targeted at Immigrants- A Forerunner for the General Change of Scandinavian Equal Citizenship? A Danish Case Study*, in: Betzelt, Sigrid & Bothfeld, Silke, 2011: *Activation and Labour Market Reforms in Europe. Challenges to social citizenship*, Work and Welfare in Europe, Palgrave Macmillann

Brieger, P. & Hoffmann, H., 2012: *Was bringt psychisch Kranke nachhaltig in Arbeit? "Supported employment" vs. "pre-vocational training"*, Der Nervenarzt, vol. 7, nr. 83, s. 840-846

Briar, K.H., 1977: *The effects of long-term unemployment on workers and their families*, Dissertation Abstracts International 37

Brubakker, Rogers: 1992: *Citizenship and nationhood in France and Germany*, Harvard University Press

Bruus, Palle, 2004: *Om den "lille" social reform I 1920'erne*, i Plough, Niels, Henriksen, Ingrid og Kærgård, Niels (red.), 2004: *Den danske velfærdsstats historie. Antologi*. Socialforskningsinstituttet

Burns, T., Catty, J. & Becker, T., 2007: *The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: A randomized controlled trial*, Lancet, nr. 370, s. 1146-1152

Byrne, David (Red.), 1999: *Social Exclusion*, Issues in Society, Open University Press, Buckingham

Caswell, Dorte, Kleif, Helle Bendix, Thuesen, Sille Lundfos & Dall, Tanja, 2012: *Veje til førtidspension – En undersøgelse af fire kommuner i Region Midt*, AKF Anvendt Kommunalforskning, København K

Christensen, Jacob, 2004: *Socialreformen 19 3 3: Principiel reform eller administrativ omlægning?* i Plough, Niels, Henriksen, Ingrid og Kærgård, Niels (red.), 2004: *Den danske velfærdsstats historie. Antologi*. Socialforskningsinstituttet

Christman, J.P., 2009: *The Politics of Persons: Ondividual Autonomy and Socio-Historical Selves*, Cambridge University Press

Christman, J.P., 2005: *Saving Positive Freedom*, Political Theory no. 33 s.79-88

Clark, David A., 2005: *The Capability Approach: Its development, critique and recent advances*, ESRC Global Poverty Research Group

Clausen, Pedersen, Olsen & Bengtsson, 2004: *Handicap og beskæftigelse – et forhindringsløb?*, SFI, København

Clement, Sanne Lund, 2004: *Betinget Velfærd, Ph.d. afhandling*, Aalborg Universitet

Cohen, Sheldon, Kamarck, Tom & Mermelstein, Robyn, 1983: *A Global Measure of Percieved Stress*, Journal of Health and Social Behavior, vol. 24, nr. 4, s. 385 - 396

Coote, A., Herman, H. & Hewitt, P., 1990: *The Family Way*, Institute for Public Policy Research, London

Damgaard, Malene, Steffensen, tine & Bengtsson, Steen, 2013: *Hverdagsliv og levevilkår for mennesker med funktionsnedsættelser. En analyse af sammenhæng mellem hverdagsliv, samliv, udsathed og type og grad af funktionsnedsættelse*. SFI. København

Dean, Hartley, 2010: *Understanding Human Need*, Understanding Welfare: social issues, Policy and Practice

Dean, Hartley, 2007: *The Ethics of Welfare to Work*, Policy & Politics, 35 (4)

Dean, Hartley and Bonvin, Jean-Michel and Vielle, Pascale and Farvaque, Nicolas (2005) Developing capabilities and rights in welfare-to-work policies. European societies, 7 (1). pp. 3-26

Dean, Hartley & Taylor-Gooby, Peter, 1992: *Dependency Culture. The explosion of a myth*, Harvester Wheatsheaf, London

DISCUS, 2008a: *Undersøgelse af matchgruppe 4 og 5 i Region Midtjylland*, Beskæftigelsesregion Midtjylland, Århus

Douglas, C., Pavey, S., Clements, B. & Corcoran, C., 2009: *Visually Impaired Peoples' Access to Employment*, University of Birmingham

Drageset, J. (2009): *Helserelatert livskvalitet blant sjukeheimsbebuarar*. Høgskolen i Bergen.

Dréze, Jean & Sen, Amartya, 2002: *India: Development and participation*, Oxford University Press, Oxford

Edwards, J. & Boxhall, K., 2010: Adults with Cystic Fibrosis and Barriers to Employment, *Disability & Society*, 25 (4) s.441-453

Eisenberg, P. & Lazarsfeld, P., 1938: *The psychological effects of unemployment*, *Psychological Bulletin*, 35, p.358-390

Ek, U. (2011): "Academic Performance of Adolescents with ADHD and other Behavioural and Learning Problems: a Populations-Based Longitudinal Study". *Refereegranskat*, 100(3), s. 402-406.

Ekholm, O., Kjølner, M. & Davidsen, M., Hesse, U., Eriksen, L., Christensen, A.I. & Grønbaek, F., 2005: *Sundhed og sygelighed i Danmark og udviklingen siden 1987*. Statens Institut for Folkesundhed, København

Eriksen, J. & Ianke, P., 2006: *Å leve med epilepsi*, NOVA 11/06, Oslo

Esping-Andersen, G., 1990: *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Cambridge

Ezzy, Douglas, 1993: *Unemployment and mental health: a critical review*, *Soc. Sci. Med.* Vol. 37, no. 1. P.41-52

Finansministeriet, 2000: *Aftale om det rummelige arbejdsmarked og førtidspensionsreform*, Finansministeriet, København

Finley, M.H. & Lee, T.A., 1981: *The terminated executive: It's like dying*, *Personal and Guidance Journal*, 59 p.382-384

Friedman, Marilyn, 2005: *Autonomy and Male Dominance*, i Christman, J.P. & Anderson, J. (Red.) *Autonomy and the challenges of Liberalism: new essays*. Cambridge University Press

Friedman, Marilyn, 2003: *Autonomy, gender, politics*, Oxford University Press, Oxford

Fryer, David, 1986: *Employment, Deprivation and personal agency during unemployment: A critical discussion of Jahoda's explanation of the psychological effects of unemployment*, Social Behaviour, vol. 1, p.3-23

Fryer, David, 1985: *Stages in the psychological responses to unemployment. A (dis)integrative review*, Current psychological research and reviews, Fall 1985

Fryer, D. & Payne, R., 1984: *Proactive behaviour in unemployment: Findings and implications*, Leisure Studies vol.3, p. 273-295

Gallie, Duncan & Paugam, Serge (Red.),2000: *Welfare Regimes and the experience of Unemployment in Europe*, Oxford University Press

Glaser, B. & Strauss, A., 1971: *Status Passages*, Routledge & Kegan, London

Goodin, R.E., 2002: *Structures of Mutual Obligation*, Journal of Social Policy, 31 (4)

Goodley, D.A. & K.R. Cole (2011): "Problematising Policy: Conceptions of 'Child', 'Disabled' and 'Parents' in Social Policy in England". *International Journal of Inclusive Education*, 15(1), s. 71-85. Gorham, Eric, 1995: *Social Citizenship and Its Fetters*, Polity Vol.28 s. 25-47

Guldvik, I., V. Johansen & O.P. Askheim, 2008: *Tilgjengelighet ved valg –En evaluering av kommunenes erfaringer med veilederen "Tilgjengelighet til valg" og kartlegging av tilgjengeligheten ved kommune- og fylkestingsvalget 2007*. Høgskolen i Lillehammer. Forskningsrapport, 134/2008. Lillehammer

Guldvik, I., O.P. Askheim & V. Johansen (2010): "Politisk medborgerskap for alle? Lokalpolitisk deltakelse blant funksjonshemmede". *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*, 26(1), s. 31-50.

Gustavson, K.-H., O. Umb-Carlsson & K. Sonnander, 2005: "A follow-Up Study of Mortality, Health Conditions and Associated Disabilities of People with Intellectual Disabilities in a Swedish County". *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(12), s. 905-914

Hahn, H. 2002: *Academic debates and political advocacy: The US disability movement*. I Barnes, C., Oliver, M. & Barton, L. (Eds.), *Disability studies today*. Oxford, UK: Blackwell

Halvorsen, Knut, 1994: *Arbeidsløshet som sosialt problem*, HIO Rapport 1999 nr.13, Høgskolen i Oslo

Halvorsen, Knut (Red.), 1996: *Mestring av marginalitet – å leve og overleve som sosialklient*, Cappelen Akademisk Forlag

Halvorsen, Knut, 1994: *Arbeidsløshet og arbeidsmarginalisering – levekår og mestring*, Universitetsforlaget, Oslo

Halvorsen, Knut, & Johannsen, Asbjørn, 1991: *Når bedriften ikke har bruk for deg lenger – førtidspensjon som individuell velferd, personalpolitikk og sosialpolitikk*, NKSH Rapport nr.91:2, NotaBene

Halvorsen, Knut, 1977: *Arbeid eller trygd?*, Pax Forlag, Oslo

Handler, Joel F. & Hasenfeld, Yeheskel, 2007: *Blame Welfare, Ignore Poverty and Inequality*, Cambridge University Press

Handler, Joel F., 2004: *Social Citizenship and Workfare in the United States and Western Europe. The paradox of inclusion*, Cambridge University Press

Harrison, R. 1976: *The demoralizing experience of prolonged unemployment*, Department of Employment Gazette, 84. P339-348

Harrits, Gitte Sommer & Møller, Marie Østergaard, 2014: *Prevention at the Front Line: How home nurses, pedagogues and teachers transform public worry into decisions on special efforts*, Public Management Review, Vol. 14, nr. 4

Hartley, J.F., 2011: *The impact of unemployment upon the self-esteem of managers*, Journal of Occupational Psychology

Hayes, J. & Nutman, P. 1981: *Understanding the unemployed*, Tavistock London

Hill, J., 1978: *The psychological impact of unemployment*, New Society 43. P. 118-120

Høgelund, Jan & Larsen, Brian, 2009: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2008*. SFI Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Ibsen, Flemming, Bredgaard, Thomas & Nørup, Iben, 2008: *Er der brug for mig? Erfaringer med integration af sindslidende på arbejdsmarkedet*, Markman, Aalborg

Jahoda, Marie, Lazarsfeld, Paul & Zeisel, Hans, 1997: *De Arbeidsløse fra Mariethal. En sociologisk undersøkelse av langtidsarbeidsledighet*, Tano Aschehoug

Jordan, Bill, 1998: *The new politics of welfare*, Sage Politics text

Jørgensen, Henning, Nørup, Iben, Olesen, Søren Peter & Baadsgaard, Kelvin, 2012: *Fra klientorienteret arbejde til administrativt arbejde - ændringer i den faglige praksis og kvalificering på det beskæftigelsespolitiske område*, Tidsskrift for Arbejdsliv, vol. 12, nr. 4, s. 30-46

Jørgensen, Henning, 2011: EU's Beskæftigelsesstrategi, s. 119-152 i Bredgaard m.fl., 2011: *Dansk Arbejdsmarkedspolitik*, Jurist og Økonomforbundets Forlag, København

Kahn, Howard, 2013: *Unemployment and Mental Health*, I Antoniou & Cooper, 2013, *The psychology of Recession on the Workplace*, Edward Elgar Publishing, Cheltenham

Kittelsaa, A. & J. Tøssebro: 2011: *Store bofellesskap for personer med utviklingshemming*, NTNU Samfunnsforskning AS, Trondheim.

Kjeldsen, Marie M., Houlberg, Helle Sophie & Høgelund, Jan, 2013: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2012*. SFI Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Kline, Rex B., 2004: *Beyond Significance Testing: Reforming Data Analysis Methods in Behavioral Research*, American Psychological Association

Kline, Rex B., 2005: *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*, The Guilford Press, New York

Kline, Rex B., 2011: *Principles and Practice of Structural Equation Modeling 3.edition*, Methodology in the Social Sciences, The Guilford Press, New York

Kline, Rex B., 2013: *Beyond Significance Testing: Reforming Data Analysis Methods in Behavioral Research 2.ed.*, American Psychological Association

Kneer, Georg & Nassehi, Armin, 1997: *Niklas Luhmann – introduktion til teorien om sociale systemer*, Hans Reitzels Forlag

Kollstad, M. :2008: *Klare seg selv? – Faglige utfordringer i arbeidet med unge funksjonshemmede*. København: Gyldendal Akademisk.

Laderchi, Caterina Rugger, 1997: *Poverty and its many dimensions: The role of income as an indicator*, Oxford Development Studies, vol.25, no.3

Larsen, Christian Albrekt, 2008: *The Institutional Logic of welfare attitudes. How welfare regimes influences public support*, Comparative Political Studies, 41 (2), s. 145-68

Larsen, Flemming & Brodtkin, Evelyn Z., 2013: *Changing Boundaries: The policies of Workfare in the U.S and Europe*, Poverty & Public Policy, vol. 5, nr. 1, s 37 - 47

Larsen, Jørgen Elm & Mortensen, Nils (red.), 2009: *Udenfor eller indenfor – sociale marginaliseringsprocessers mangfoldighed*, Hans Reitzels Forlag,

Lee, David J. & Turner, Bryan S., 1996: *Conflicts about Class. Debating Inequality in Industrialism*, Longman, London

Legard, S. & Terjesen, H.C., 2010: *Strategies and Skills in Transition to Tertiary Education and Employment: Case Studies of the Pathways of Young Adults with Impairments and Learning Difficulties in Norway*, OECD, Paris

Lehwess-Litzmann, René, 2012: *Flexible employment, poverty and household. Transfer*, vol.18, no.1

Lei, Pui-Wa & Wu, Qiong, 2007: Introduction to Structural Equation Modeling: Issues and Practical Considerations, *ITEMS – Instructional Topics in Educational Measurement*, Fall 2007

Letablier, Marie- Thérèse, Eydoux, Anne & Betzelt, Sigrid, 2011: *Social Citizenship and Activation in Europe: A Gendered Perspective*, in: Betzelt, Sigrid & Bothfeld, Silke, 2011: *Activation and Labour Market Reforms in Europe. Challenges to social citizenship*, Work and Welfare in Europe, Palgrave Macmillann

Lister, Ruth, 2007: *Gendering Citizenship in Western Europe. New challenges for citizenship research in a cross-national context*, Policy Press

Lister, Ruth, 2007b: *Inclusive Citizenship: Realizing the Potential*, Citizenship Studies vol.11 nr.1 s. 49-61

Lister, Ruth, 2004: *Poverty*, Polity Press

Lister, Ruth, 1997: *Citizenship: Feminist Perspectives*, Houndsmill:Palgrave

Luhmann, Niklas, 2009: *Sociale Systemer. Grundrids til en almen teori*, Hans Reitzels Forlag

Lødemel, Ivar & Trickey, Heather, 2001: *An offer you can't refuse. Workfare in international perspective*, The Policy Press

Løvgren, M.:2009: *Unge funksjonshemmede. Selvbilde, sosial tilhørighet og deltakelse i fritidsaktiviteter*. NOVA, Oslo.

Madanipour, Ali, Cars, Gøran & Allen, Judith (red.): *Social Exclusion in European cities, process experiences and responses*. Routledge

Madsen, Mortensøn & Rosdahl, 2006: *Arbejdsmarkedsparat eller ej? En kvalitatativ undersøgelse af visitationen af kontanthjælpsmodtagere i ti kommuner*, SFI, København

Marshall, T.H., 2003: *Medborgerskab og social klasse*, Hans Reitzels Forlag

MacCallum, R.C., Wegener, D.T., Uchino, B.N., & Fabrigar, L.R., 1993: The problem of equivalent models in applications of covariance structure analysis, *Psychological Bulletin*, 114, 185–199

Maynard-Moody, Steven & Musheno, Michael, 2012: *Social Equities and Inequality in Practice: Street-Level Workers as Agents and Pragmatists*, Public Administration Review, Special Issue Nov./Dec. 2012

McCoach, Betsy, Black, Anne C. & O'Connell Ann A., 2007: Errors of inference in structural equation modeling, *Psychology in the Schools*, Vol. 44(5), 2007

Miiller, Havn, Holt & Jensen, 2006: *Virksomhedernes Sociale Engagement, Årbog 2006*, SFI, København

Miiller, Høgelund & Geerdsen, 2006b: *Handicap & Beskæftigelses. Udviklingen mellem 2002 og 2005*, SFI, København

Miles, I., 1987: *Some observations on "unemployment and health" research*, Social Science Medicine, vol.25, p.223-225

Mitra, Sophie, 2006: *The Capability Approach and Disability*, Journal of Disability Policy Studies, vol.16, nr. 4/2006

Molden, T.H., Wendelborg, C. & Tøssebro, J., 2009: *Levekår blant personer med nedsatt funksjonsevne. Analyse av levekårsundersøkelsen blant personer med nedsatt funksjonsevne*, NTNU Samfunnsforskning AS, Trondheim

Myrvang, V.H., 2006: *Ut av arbeidslivet: Livsløp, mestring og identitet. Et studie av personer med seinskader etter polio*, NOVA, Oslo

Møller, Iver Hornemann & Larsen, Jørgen Elm (red.), 2011: *Socialpolitik, Socialpædagogisk Bibliotek*, Hans Reitzels Forlag

Murray, C., 1990: *Rejoinder*, i *The Emerging British Underclass*, Institute of Economic Affairs, London



Nagi, S. Z., 1965: *Some conceptual issues in disability and rehabilitation*. I Sussman, M.B. (Ed.), *Sociology and rehabilitation*. Washington, DC: American Sociological Association

Nagi, S. Z., 1991: *Disability concepts revisited: Implications for prevention*. I Pope, A. M. & Tarlov, A. R. (Eds.), *Disability in America: Toward a national agenda for prevention*, Washington, DC: National Academy Press.

Nedelsky, J., 1989: *Reconciling Autonomy: Sources, Thoughts and Possibilities*, Yale Journal of Law and Feminism, No.1

NOSOSKO, 1999, *Förtida utträde från arbetslivet 1987 – 1996, En jämförelse mellem de nordiska länderna*, Nordisk Socialstatistisk Komite 10:1999

Nussbaum, Martha C., 2003: *Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice*, Feminist Economics, vol.9, 2003

Nørup, Iben, Baadsgaard, Kelvin & Jørgensen, Henning, 2013: *Labour market policy reforms and professional practice. De-professionalization and remaking of professionalism*: Paper for ILERA European Regional Congress, Amsterdam, June 2013

Olin, E. (2003): *“Uppbrott och förändring. När ungdomar med utvecklingsstörning flyttar hemifrån”*. Svensk rehabilitering, (4), s. 10.

Olin, E. & B. Ringsby-Jansson (2009): *Unga med funktionshinder på väg ut i arbetslivet – En utmaning för välfärdssystemet*. Göteborg: FoU i Väst/GR.

Olsveik, V.M, Guldvik, I. & Eide, T.H., 2007: *Evaluering av prosjektet Funktionshemmede I arbeid*. Østlandsforskning, rapport 2007/03, Lillehammer

Parsons, T., 1975: *The sick role and the role of the physician reconsidered*. Health and Society, nr. 53.

Percy-Smith, Janine (red.), 2000: *Policy Responses to Social Exclusion – towards inclusion?* Open University Press, Buckingham

Pfeiffer, D., 2001: *The conceptualization of disability*. In B. M. Altman & S. Barnartt (Eds.), *Exploring theories and expanding methodologies: Vol. 2. Research in social science and disability*, Oxford, UK: Elsevier

Piven, F.F. & Cloward, R.A., 1979: *Poor people's movements: why they succeed, how they fail*, Vintage Books, New York

Piven, F.F. & Cloward, R.A., 1993: *Regulating the poor: the functions of public welfare*, Vintage Books, New York

Plough, Niels, Henriksen, Ingrid og Kærgård, Niels (red.), 2004: *Den danske velfærdsstats historie. Antologi*. Socialforskningsinstituttet

Qizilbash, M., 1998: The Concept of Well-Being., *Economics and Philosophy*, 14, 51.73

Qizilbash, M., 2002: Development, Common Foes and Shared Values., *Review of Political Economy*, 14(4), 463-480.

Ragland-Sullivan, E. & Barglow, P., 1981: *Jobloss: psychological respons of university faculty*, Journal of Higher Education, 52. P.45-66

Raykov, T., & Marcoulides, G.A., 2000: *A first course in structural equation modeling*. Mahwah, NJ: Erlbaum

Regeringen, 2012: *En del af fællesskabet – reform af førtidspension og fleksjob*

Riddell, S., Banks, P. & Wilson, A., 2002: A Flexible Gateway to Employment? Disabled People and the Employment Service's Work Preparation Programme in Scotland, *Policy and Politics*, 30 (2) s.213-231

Robyens, Ingrid, 2003: *the capability approach: An interdisciplinary introduction*, Amsterdam School of Social Sciences Research

Robyens, Ingrid, 2003b: *Sen's capability approach and gender inequality: selecting the right capabilities*, Feminist Economics, vol.9, 2003

Robyens, Ingrid, 2005: *Selecting capabilities for quality of life measurement*, Social Indicators Research, vol. 74

Robyens, Ingrid, 2006: *The capability approach in practice*, The Journal of Political Philosophy, vol.14, no.3

Roemer, John, 1996: *Theories of Distribute Justice*, Harvard University Press

Rosdahl, Anders, 2006: *Integration på arbejdsmarkedet af ikke vestlige indvandrere og efterkommere. En analyse af chancen for at få vedvarende beskæftigelse blandt langvarige modtagere af kontanthjælp og introduktionsydelse*, SFI, København

Rosdahl & Petersen, 2006: *Modtagere af kontanthjælp – en litteraturoversigt om kontanthjælpsmodtagere og den offentlige indsats for at hjælpe dem*, SFI, København

Rosenstock, Tinggaard, Holt & Jensen, 2004: *Rummelighedens Rammer*, SFI, København

Rothstein, Bo, 1994: *Hvad bør staten göra? Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik*, SNS Förlag, Stockholm

Runesson, I., 2005: *Liv, arbete och förändring. De första åren med kronisk ledgångsreumatism*. Harecpress – Centrum för handikapp- och rehabiliteringsforskning, Malmö

Sanden, S. & M. Tideman (2006): *Samma skyldigheter – men inte samme rettigheter – Funktionshindrades oppfattning om och definition av medborgarskap; en komparativ studie Sverige – Storbritannien*. Högskolan i Halmstad. Upubliceret.

Saurama, Laura, 2004: *Experiences of early exit. A comparative study of the reasons for and consequences of early retirement in Finland and Denmark*, Finnish Centre for Pensions, Studies 2004:2

Sen, Amaartya, 1987: *The standard of living*, i *The standard of living*, ed. Hawthorn, G., Cambridge University Press, Cambridge

Sen, Amartya, 1992: *Inequality re-examined*, Calrendon Press, Oxford

Sen, Amartya, 1999: *Development as freedom*, Knopf, New York

Schokkaert, Erik & Van Ootegem, Luc, 1990: *Sen's concepts of the living standard applied to the Belgian Uemployed*, Louvain Economic Review, Vol.56, no.3/4

Shah, R. & Goldstein, S. M., 2006: Use of structural equation modeling in operations management research: Looking back and forward. *Journal of Operations Management*, 24, 148-169

Serrano Pascual, A., 2007: *Activation regimes in Europe: a clustering exercise*, in: Serrano Pascual, A. & Magnusson, L., 2007: *Reshaping Welfare States and Activation Regimes in Europe*, Peter Lang

Shamir, B. 1988: Self-esteem and the psychological impact of unemployment, *Social Psychology Quarterly*

Sjöberg, M. (red.) :2002: *Arbetsliv och funktionshinder. 9 fallstudier av långtidsarbetslösa med arbetshandikapp; psykolog- och socionomerfarenheter 1980-2000*. Studenterlitteratur AB, Lund.

Socialministeriet, 2001: *Arbejdsevne metoden. Metode til beskrivelse, udvikling og vurdering af arbejdsevne*, Socialministeriet, København

Sugden, R., 1993: Welfare, Resources, and Capabilities: A Review of Inequality Reexamined by Amartya Sen., *Journal of Economic Literature*, 31, 1947-62.

Szebehely, M., Fritzell, J. & Lundberg, O., 2001: *Funktionshinder och välfärd. Betänkande, Kommittén Velfärdsbokslut*. Fritzes, Stockholm

Taylor-Gooby, Peter, 2009: *Reframing Social Citizenship*, Oxford University Press

Taylor-Gooby, Peter, 1991: *Social Change, Social Welfare and Social Science*, Harvester Wheatsheaf

Turner, Bryan & Hamilton, Peter (red.), 1994: *Citizenship – Critical concepts*, Routledge, London

Twine, F., 1994: *Citizenship and Social rights: The interdependence of self and society*, Sage, London

Tøssebro, J. (2010): *Hva er funksjonshemming*. Universitetsforlaget, Oslo.

Tøssebro, J. (red., 2009): *Funksjonshemming. Politikk, hverdagsliv og arbeidsliv*. Universitetsforlaget, Oslo.

Ullrich, C.G., 2004: *Aktiverende Sozialpolitik und individuelle Autonomie*, *Soziale Welt*, 55 (2) s. 145-58

Umb-Carlsson, Ö. & K. Sonnander (2006): "Living Conditions of Adults with Intellectual Disabilities from a Gender Perspective". *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(5), s. 326-334.

Umb-Carlsson, Ö. & K. Sonnander (2005): "Comparison of the Living Conditions of Adults with Intellectual Disabilities in a Swedish County and in the General Population". *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 2(3-4), s. 240-248.

Van Berkel, Rik & Valkenburg, Ben, 2007: *Making It Personal. Individualising activation services in the EU*, The Policy Press

Van Berkel, R. & Horneman Moeller, I., 2002: *Active Social Policies in the EU: Inclusion through participation?*

Vedeler, j. & Mossige, S., 2010: Pathways into the Labour Market for Norwegians with Mobility Disabilities. *Scandinavian Journal of Disability Research* 12(4), s.257-271

Wang, Bingxin & Greenwood, Kenneth Mark, 2014: *Psychological responses to lay-off in contemporary China*, The International Human Ressource Management, Published Online May 2014.

Warr, P., 1987: *Work, Unemployment and Mental Health*, Clarendon Press, Oxford

Wendelborg, C. (2010): *Barrierer mot deltakelse*. Mangfold og inkludering, NTNU Samfunnsforskning AS, Trondheim

Wilkinson, L., and the Task Force on Statistical Inference, 1999: Statistical methods in psychology journals: Guidelines and explanations. *American Psychologist*, 54, 594– 608.

Williams, Bernard, 1987: *The standard of living: interest and capabilities*, i *The standard of living*, ed. Hawthorn, G., Cambridge University Press, Cambridge

Wright, Sharon, 2011: *Relinquishing Rights? The Impact of Activation on Citizenship for Lone Parents in the UK*, in: Betzelt, Sigrid & Bothfeld, Silke, 2011: *Activation and Labour Market Reforms in Europe. Challenges to social citizenship*, Work and Welfare in Europe, Palgrave Macmillann

Young, I.M., 1990: *Justice and the Politics of Difference*, Princeton University Press, Princeton / New Jersey



# APPENDIX

Appendix A: Sundhedsprofilen 2010.....	406
Appendix B: Psykisk sygdom, output tabeller.....	407
Appendix C: Migræne og kroniske smerter, output tabeller .....	423
Appendix D: Bevægeapparatslidelser, output tabeller .....	439
Appendix E: Cancer, output tabeller .....	455
Appendix F: Ryglidelser, output tabeller.....	471
Appendix G: Hjertesygdomme, output tabeller .....	487
Appendix H: Luftvejssygdomme, output tabeller .....	503
Appendix I: Hjerneblødning mv., output tabeller.....	519
Appendix J: Sansehandicaps, output tabeller .....	535

## Appendix A: Sundhedsprofilen 2010

Sprøgeskemaet til Sundhedsprofilen 2010, Region Nordjylland, kan downloades i sin fulde længde fra Region Nordjyllands hjemmeside, <http://www.rn.dk/sundhedsprofil>

Det direkte link til spørgeskemaet, svarfordeling mv. er:

[http://www.rn.dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Sundhedsfremme-og-forebyggelse/Sundhedsprofil/Sundhedsprofil-2010/Resultater/~media/Rn\\_dk/Sundhed/Til%20sundhedsfaglige%20og%20samarbejdspartnere/Sundhedsfremme%20og%20forebyggelse/Sundhedsprofil/2010/Sundhedsprofil\\_2010.ashx](http://www.rn.dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Sundhedsfremme-og-forebyggelse/Sundhedsprofil/Sundhedsprofil-2010/Resultater/~media/Rn_dk/Sundhed/Til%20sundhedsfaglige%20og%20samarbejdspartnere/Sundhedsfremme%20og%20forebyggelse/Sundhedsprofil/2010/Sundhedsprofil_2010.ashx)



## Appendix B: Psykisk sygdom, output tabeller

### Den psykologisk, individuelle dimension

*Fit statistics, den psykologisk individuelle dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.07
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.9
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.041

*Forklaringskraft den psykologisk individuelle dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Individuel social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.76

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimator, den psykologisk individuelle dimension<sup>51</sup>*

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standard fejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.0291881	-.0134149	.0056762
<b>Indkomst*</b>	-.0320865	-.0137327	.0049408

---

<sup>51</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.7511211	.3276222	.00848 07
<b>Psykisk sygdom*</b>	.1933016	.0833842	.00528 73
<b>Uddannelse*</b>	.128944	.0543377	.00492 53
<b>Alder*</b>	-.1692993	-.0938505	.00735 46
<b>Civilstand****</b>	-.0036204	-.0015281	.00508 97
<b>Køn*</b>	-.026332	-.010532	.00426 84
<b>Etnicitet*</b>	.0327875	.0176451	.00560 52
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.0040931	.0001351	.00890 57
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.0075953	-.0033129	.00008 41
<b>Psykisk sygdom*</b>	.321836	.1388298	.00441 17
<b>Uddannelse****</b>	-.0016043	-.0006761	.00091 59
<b>Alder****</b>	-.0025689	-.001424	.00158 87
<b>Civilstand*</b>	-.0082259	-.003472	.00125 61
<b>Køn****</b>	.0008611	.0003444	.00021 41
<b>Etnicitet**</b>	.0017287	.0009303	.00036 65
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	-.0202824	-.0093218	.00567 78
<b>Indkomst*</b>	-.0320865	-.0137327	.00494 08
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.7435258	.3243093	.00848 12
<b>Psykisk sygdom*</b>	.5151376	.222214	.00685 45
<b>Uddannelse*</b>	.1273397	.0536616	.00488 01
<b>Alder*</b>	-.1718681	-.0952746	.00724

			15
<b>Civilstand****</b>	-.0118463	-.0050001	.00494
<b>Køn*</b>	-.0254709	-.0101875	.00426 24
<b>Etnicitet*</b>	.0345162	.0185755	.00560 11
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3744777	.3553939	.00902 2
<b>Psykisk sygdom*</b>	.0553191	.0519212	.00878 69
<b>Uddannelse*</b>	-.1279713	-.1173366	.00797 26
<b>Alder*</b>	.2300095	.2774266	.01046 68
<b>Køn*</b>	-.0424563	-.0369478	.00742 8
<b>Indirekte arbejdsmarkedspå social eksklusion</b>			
<b>Psykisk sygdom*</b>	.1620247	.1520723	.00490 59
<b>Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3744777	.3553939	.00902 2
<b>Psykisk sygdom*</b>	.2173439	.2039935	.00851 3
<b>Uddannelse*</b>	-.1279713	-.1173366	.00797 26
<b>Alder*</b>	.2300095	.2774266	.01046 68
<b>Køn*</b>	-.0424563	-.0369478	.00742 8
<b>Direkte effekter på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2775535	-.2980529	.00983 99
<b>Psykisk sygdom*</b>	-.0391997	-.0395092	.00894 65
<b>Uddannelse*</b>	.1308922	.1288787	.00901 8
<b>Alder*</b>	-.0653327	-.0846212	.01282 6
<b>Civilstand*</b>	.2563669	.2528266	.00962 28

<b>Etnicitet*</b>	-.0538759	-.0677452	.01087 65
<b>Indirekte effekt indkomst</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1039376	-.1059262	.00268 9
<b>Psykisk sygdom*</b>	-.0603245	-.0608008	.00323 53
<b>Uddannelse*</b>	.0355189	.0349725	.00264 19
<b>Alder*</b>	-.0638399	-.0826878	.00414 54
<b>Køn*</b>	.0117839	.0110124	.00224 36
<b>Total effekt på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2775535	-.2980529	.00983 99
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1039376	-.1059262	.00268 9
<b>Psykisk sygdom*</b>	-.0995242	-.10031	.00908 28
<b>Uddannelse*</b>	.166411	.1638512	.00922 48
<b>Alder*</b>	-.1291726	-.167309	.01274 11
<b>Civilstand*</b>	.2563669	.2528266	.00962 28
<b>Køn*</b>	.0117839	.0110124	.00224 36
<b>Etnicitet*</b>	-.0538759	-.0677452	.01087 65
<b>Total effekt på sygdommens sværhedsgrad</b>			
<b>Psykisk sygdom*</b>	.4445934	.4278979	.0085182

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\*\*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant

## Den livstilmæssige, individuelle dimension

*Fit statistics, livstilmæssige, individuelle dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.06
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.892
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.032

*Forklaringskraft den livstilmæssige, individuelle dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Individuel social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.77

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimer, den livstilmæssige, individuelle dimension*<sup>52</sup>

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standardfejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	.0340611	.0095219	.0070004
<b>Indkomst*</b>	-.1102318	-.0289434	.0069491
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.1815615	.0487797	.0078598
<b>Psykisk sygdom***</b>	.054471	.0144396	.0063351

---

<sup>52</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Uddannelse*</b>	-.2542635	-.0657695	.0073185
<b>Alder*</b>	-.1053518	-.0362742	.0083461
<b>Civilstand****</b>	-.2086117	-.0549679	.0075106
<b>Køn*</b>	.6887847	.1695686	.010375
<b>Etnicitet*</b>	-.1303896	-.04214	.0070967
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.0294281	.0082267	.0002844
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.0241632	.0064919	.0001624
<b>Psykisk sygdom*</b>	.0986985	.0261637	.0036947
<b>Uddannelse*</b>	-.0240745	-.0062273	.0014327
<b>Alder*</b>	.0230691	.007943	.0022698
<b>Civilstand*</b>	-.0291432	-.0076791	.0018651
<b>Køn**</b>	-.0024725	-.0006087	.0002763
<b>Etnicitet*</b>	.0063108	.0020395	.0005791
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion**</b>	.0634892	.0177486	.0070062
<b>Indkomst*</b>	-.1102318	-.0289434	.0069491
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.2057246	.0552715	.0078615
<b>Psykisk sygdom*</b>	.1531695	.0406032	.006813
<b>Uddannelse*</b>	-.2783381	-.0719968	.0077328
<b>Alder*</b>	-.0822827	-.0283312	.0081016
<b>Civilstand*</b>	-.2377548	-.0626469	.0075675
<b>Køn*</b>	.6863123	.1689599	.010304
<b>Etnicitet*</b>	-.1240789	-.0401005	.0070269
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3805868	.3657669	.0091494
<b>Psykisk sygdom*</b>	.0626071	.0593674	.0088995
<b>Uddannelse*</b>	-.1311315	-.1213341	.0080288
<b>Alder*</b>	.2316658	.2853341	.0106591
<b>Køn*</b>	-.0389429	-.0342946	.0075074

Indirekte arbejdsmarkedspå social eksklusion			
<b>Psykisk sygdom*</b>	.1664507	.1578373	.0050317
Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3805868	.3657669	.0091494
<b>Psykisk sygdom*</b>	.2290578	.2172046	.0086211
<b>Uddannelse*</b>	-.1311315	-.1213341	.0080288
<b>Alder*</b>	.2316658	.2853341	.0106591
<b>Køn*</b>	-.0389429	-.0342946	.0075074
Direkte effekter på indkomst			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2669658	-.2842352	.0098273
<b>Psykisk sygdom*</b>	-.0430855	-.0434988	.0090113
<b>Uddannelse*</b>	.1428726	.1407496	.009017
<b>Alder*</b>	-.0758477	-.0994617	.0129378
<b>Civilstand*</b>	.2643809	.2653128	.0097267
<b>Etnicitet*</b>	-.05725	-.0704668	.0106784
Indirekte effekt indkomst			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1016037	-.1039638	.0026006
<b>Psykisk sygdom*</b>	-.0611506	-.0617372	.0032497
<b>Uddannelse*</b>	.0350076	.0344874	.0025748
<b>Alder*</b>	-.0618469	-.081102	.0041282
<b>Køn*</b>	.0103964	.0097477	.0021603
Total effekt på indkomst			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2669658	-.2842352	.0098273
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1016037	-.1039638	.0026006
<b>Psykisk sygdom*</b>	-.1042361	-.105236	.0090979
<b>Uddannelse*</b>	.1778803	.175237	.0091915
<b>Alder*</b>	-.1376945	-.1805637	.0128069
<b>Civilstand*</b>	.2643809	.2653128	.0097267
<b>Køn*</b>	.0103964	.0097477	.0021603
<b>Etnicitet*</b>	-.05725	-.0704668	.0106784

Total effekt på sygdommens sværhedsgrad			
<b>Psykisk sygdom*</b>	.4373527	.4315242	.0085278

\*Signifikant på 0.0001 niveau,\*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke  
signifikant



## Den sociale dimension

*Fit statistics, den sociale dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.06
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.87
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.036

*Forklaringskraft den sociale dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.58

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimator, den sociale dimension<sup>53</sup>*

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standard fejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.1044189	-.0445664	.0131414
<b>Indkomst*</b>	-.0874754	-.0282252	.0095957
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.4861661	.1767022	.0224523
<b>Psykisk sygdom*</b>	.093931	.0311066	.0096555
<b>Uddannelse*</b>	-.0661262	-.0207426	.0102482
<b>Alder*</b>	.1121014	.0487126	.0148455

---

<sup>53</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Civilstand****</b>	-.1335054	-.0405806	.0093285
<b>Køn*</b>	.197055	.0599719	.0103807
<b>Etnicitet*</b>	.048435	.0192981	.0102937
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.019369	.0082668	.0005749
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.0265022	-.0096325	.0005093
<b>Psykisk sygdom*</b>	.1885479	.0624403	.0083337
<b>Uddannelse****</b>	-.0024831	-.0007789	.0014154
<b>Alder*</b>	-.0078827	-.0034254	.0021273
<b>Civilstand*</b>	-.0208776	-.006346	.0022056
<b>Køn*</b>	.0053066	.001615	.0006815
<b>Etnicitet**</b>	.00305	.0012152	.0006645
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.0850499	-.0362996	.013154
<b>Indkomst*</b>	-.0874754	-.0282252	.0095957
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.4596639	.1670697	.022458
<b>Psykisk sygdom*</b>	.2824789	.0935469	.0129289
<b>Uddannelse****</b>	-.0686093	-.0215215	.0102604
<b>Alder*</b>	.1042187	.0452873	.0149495
<b>Civilstand*</b>	-.154383	-.0469266	.0091763
<b>Køn*</b>	.2023615	.0615869	.0104995
<b>Etnicitet*</b>	.051485	.0205134	.0103218
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3116081	.2653613	.0140316
<b>Psykisk sygdom*</b>	.0670825	.0520505	.0126674
<b>Uddannelse*</b>	-.09039	-.0664326	.0115501
<b>Alder*</b>	.1492519	.1519574	.0161744
<b>Køn*</b>	-.0623937	-.044491	.0108565
<b>Indirekte arbejdsmarkedspå social eksklusion</b>			

<b>Psykisk sygdom*</b>	.1271945	.0986924	.006311
<b>Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3116081	.2653613	.0140316
<b>Psykisk sygdom*</b>	.1942771	.1507428	.0121348
<b>Uddannelse*</b>	-.09039	-.0664326	.0115501
<b>Alder*</b>	.1492519	.1519574	.0161744
<b>Køn*</b>	-.0623937	-.044491	.0108565
<b>Direkte effekter på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.221422	-.2928853	.0203696
<b>Psykisk sygdom*</b>	-.0757265	-.0777212	.0156534
<b>Uddannelse*</b>	.11627	.1130331	.0156317
<b>Alder*</b>	-.055	-.0740699	.0231849
<b>Civilstand*</b>	.238668	.2248344	.0162396
<b>Etnicitet**</b>	-.0348674	-.0430551	.0184398
<b>Indirekte effekt indkomst</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.0689969	-.0777204	.0041096
<b>Psykisk sygdom*</b>	-.0430172	-.0441504	.0046968
<b>Uddannelse*</b>	.0200143	.0194571	.0036435
<b>Alder*</b>	-.0330476	-.0445061	.0056588
<b>Køn*</b>	.0138153	.0130308	.0033063
<b>Total effekt på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.221422	-.2928853	.0203696
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.0689969	-.0777204	.0041096
<b>Psykisk sygdom*</b>	-.1187437	-.1218716	.0157327
<b>Uddannelse*</b>	.1362844	.1324902	.0159009
<b>Alder*</b>	-.0880477	-.118576	.0234368
<b>Civilstand*</b>	.238668	.2248344	.0162396
<b>Køn*</b>	.0138153	.0130308	.0033063
<b>Etnicitet*</b>	-.0348674	-.0430551	.0184398
<b>Total effekt på sygdommens sværhedsgrad</b>			

<b>Psykisk sygdom*</b>	.4081876	.3719169	.0133741
------------------------	----------	----------	----------

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\*\*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke  
signifikant

## Den politiske dimension

*Fit statistics, den politiske dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.07
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.8
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.05

*Forklaringskraft den politiske dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Individuel social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.1
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	Observeret, mellemkommende	0.23
<b>Familiens indkomst</b>	Observeret, mellemkommende	0.17

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimator, den politiske dimension<sup>54</sup>*

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standardfejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	-.0337756	-.0100689	.0115639
<b>Sygdommens sværhedsgrad**</b>	.2547251	.064843	.0347808
<b>Indkomst***</b>	-.006305	-.0013725	.0081231

---

<sup>54</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Uddannelse*</b>	-.1338918	-.0279419	.0081639
<b>INDIVIDUEL1*</b>	.3133362	.1922187	.1055479
<b>INDIVIDUEL2****</b>	.6641344	.2669355	.48026
<b>SOCIAL*</b>	.2649688	.092728	.0237441
<b>Psykisk sygdom*</b>	.1116278	.0245355	.0389401
<b>Alder****</b>	-.035674	-.0103571	.0119927
<b>Køn**</b>	.1170684	.0240403	.00782
<b>Etnicitet**</b>	.021036	.0064143	.0104352
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	.0013818	.0004119	.0000438
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.162239	.0412996	.0047776
<b>Uddannelse***</b>	.0012811	.0002673	.000161
<b>Psykisk sygdom*</b>	.24092667	.0289646	.0238834
<b>Alder**</b>	-.0519041	-.0150692	.0044661
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	-.0323938	-.009657	.0115639
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.4169641	.1061426	.0347166
<b>Indkomst*</b>	-.006305	-.0013725	.0081231
<b>Uddannelse*</b>	-.1326108	-.0276746	.0081655
<b>INDIVIDUEL1*</b>	.3133362	.1922187	.1055479
<b>INDIVIDUEL2***</b>	.6641344	.2669355	.48026
<b>SOCIAL*</b>	.2649688	.092728	.0237441
<b>Psykisk sygdom*</b>	.3525554	.0635001	.0082977
<b>Alder*</b>	-.0875781	-.0254263	.0118452
<b>Køn****</b>	.1170684	.0240403	.00782
<b>Etnicitet**</b>	.021036	.0064143	.0104352
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.327945	.2800348	.0206148
<b>Uddannelse*</b>	-.0680496	-.0476373	.0163439
<b>Psykisk sygdom*</b>	.0640071	.0471923	.0176877

<b>Alder*</b>	.1405378	.1368676	.0228309
<b>Indirekte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Psykisk sygdom*</b>	.1375888	.101444	.009088
<b>Alder*</b>	-.0241324	-.0235022	.0081949
<b>Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.327945	.2800348	.0206148
<b>Uddannelse*</b>	-.0680496	-.0476373	.0163439
<b>Psykisk sygdom*</b>	.2015959	.1486363	.0168808
<b>Alder**</b>	.1164053	.1133654	.0213548
<b>Direkte effekt på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2191531	-.3001164	.0318764
<b>Uddannelse*</b>	.1464401	.140386	.0232098
<b>Psykisk sygdom*</b>	-.0733738	-.0740843	.0232731
<b>Alder*</b>	.0513437	.0684758	.0326514
<b>Indirekte effekt på indkomst</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.0718702	-.084043	.0061869
<b>Uddannelse*</b>	.0149133	.0142967	.0049051
<b>Psykisk sygdom*</b>	-.0441804	-.0446082	.0069365
<b>Alder*</b>	.0264215	.0352377	.0146605
<b>Total effekt på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2191531	-.3001164	.0318764
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.0718702	-.084043	.0061869
<b>Uddannelse*</b>	.1613533	.1546828	.0237224
<b>Psykisk sygdom*</b>	-.1175541	-.1186925	.0233483
<b>Alder*</b>	.0777652	.1037135	.0311516
<b>Total effekt på sygdommens sværhedsgrad</b>			
<b>Psykisk sygdom*</b>	.4195484	.3622549	.0184943
<b>Total effekt INDIVIDUEL 1</b>			
<b>Psykisk sygdom*</b>	.2183989	.0782508	.0116315
<b>Total effekt INDIVIDUEL 2</b>			

<b>Psykisk sygdom***</b>	.0908437	.0496784	.025601
<b>Total Effekt SOCIAL</b>			
<b>Psykisk sygdom*</b>	.0199693	.0125421	.0209532
<b>Total effekt uddannelse</b>			
<b>Alder*</b>	.3546303	.4933574	.0306936

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant



## Appendix C: Migræne og kroniske smerter, output tabeller

### Den psykologisk, individuelle dimension

*Fit statistics, den psykologisk individuelle dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.07
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.89
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.043

*Forklaringskraft den psykologisk individuelle dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Individuel social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.73

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimator, den psykologisk individuelle dimension<sup>55</sup>*

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standardfejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	-.0179539	-.0082298	.005726
<b>Indkomst*</b>	-.0378012	-.0161049	.0049909

---

<sup>55</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.8164892	.3553915	.0091919
<b>Migræne, Smerter*</b>	.0264065	.0102561	.0045226
<b>Uddannelse*</b>	.1374268	.05745	.005008
<b>Alder*</b>	-.1642694	-.0904555	.0074746
<b>Civilstand****</b>	-.0129776	-.0054374	.0051471
<b>Køn*</b>	-.0373841	-.0148462	.0043822
<b>Etnicitet*</b>	.0342252	.0183892	.0056949
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.0107168	.0049124	.000157
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.0030704	-.0013364	.0000295
<b>Migræne, Smerter*</b>	.3101792	.1204708	.0041216
<b>Uddannelse****</b>	-.0040255	-.0016828	.0009092
<b>Alder*</b>	.0008178	.0004503	.0015687
<b>Civilstand*</b>	-.0097804	-.0040979	.0012796
<b>Køn*</b>	.0004191	.0001664	.0002786
<b>Etnicitet**</b>	.0020025	.0010759	.0003778
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.0072371	-.0033174	.0057281
<b>Indkomst*</b>	-.0378012	-.0161049	.0049909
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.8134189	.3540551	.009192
<b>Migræne, Smerter*</b>	.3365858	.1307269	.0057026
<b>Uddannelse****</b>	.1334012	.0557671	.0049584
<b>Alder*</b>	-.1634516	-.0900052	.007353
<b>Civilstand*</b>	-.022758	-.0095353	.0049981
<b>Køn*</b>	-.036965	-.0146798	.0043712
<b>Etnicitet*</b>	.0362277	.0194651	.0056926
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.4242519	.4028556	.0088822
<b>Migræne, Smerter*</b>	-.0745241	-.0631444	.0079299
<b>Uddannelse*</b>	-.1244686	-.1135134	.0080173

<b>Alder*</b>	.225306	.2706575	.0105415
<b>Køn*</b>	-.0579101	-.0501711	.0075744
<b>Indirekte arbejdsmarkedspå social eksklusion</b>			
<b>Migræne, Smerter*</b>	.1612794	.1366523	.004396
<b>Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.4242519	.4028556	.0088822
<b>Migræne, Smerter*</b>	.0867553	.0735079	.008035
<b>Uddannelse*</b>	-.1244686	-.1135134	.0080173
<b>Alder*</b>	.225306	.2706575	.0105415
<b>Køn*</b>	-.0579101	-.0501711	.0075744
<b>Direkte effekter på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2835051	-.3050285	.0097491
<b>Migræne, Smerter****</b>	-.0110765	-.0100977	.0080174
<b>Uddannelse*</b>	.1303221	.1278748	.0090878
<b>Alder*</b>	-.0647685	-.0837126	.0129704
<b>Civilstand*</b>	.2587328	.2544484	.0097265
<b>Etnicitet*</b>	-.0668084	.0110321	- .0529744
<b>Indirekte effekt indkomst</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1202776	-.1228825	.0027093
<b>Migræne, Smerter*</b>	-.0245956	-.022422	.0025535
<b>Uddannelse*</b>	.0352875	.0346248	.0026843
<b>Alder*</b>	-.0638754	-.0825583	.0041595
<b>Køn*</b>	.0164178	.0153036	.0023616
<b>Total effekt på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2835051	-.3050285	.0097491
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1202776	-.1228825	.0027093
<b>Migræne, Smerter*</b>	-.0356721	-.0325197	.0083418
<b>Uddannelse*</b>	.1656096	.1624997	.0093138
<b>Alder*</b>	-.1286439	-.1662709	.012898
<b>Civilstand*</b>	.2587328	.2544484	.0097265

<b>Køn*</b>	.0164178	.0153036	.0023616
<b>Etnicitet*</b>	-.0529744	-.0668084	.0110321
<b>Total effekt på sygdommens sværhedsgrad</b>			
<b>Migræne, Smerter*</b>	.38015	.3392091	.007946

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\*\* signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant

## Den livstilmæssige, individuelle dimension

*Fit statistics, livstilmæssige, individuelle dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.07
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.88
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.039

*Forklaringskraft den livstilmæssige, individuelle dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Individuel social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.76

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimer, den livstilmæssige, individuelle dimension*<sup>56</sup>

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standardfejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	.0253255	.0066321	.0065647
<b>Indkomst*</b>	-.0966512	-.023667	.0065283
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.2077758	.0522469	.0078628
<b>Migræne, Smerter****</b>	-.0446122	-.0100023	.0052692

---

<sup>56</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Uddannelse*</b>	-.2417051	-.0580712	.0069849
<b>Alder*</b>	-.101795	-.0326188	.0078498
<b>Civilstand****</b>	-.2262117	-.0553853	.0072984
<b>Køn*</b>	.6879022	.1575134	.0104619
<b>Etnicitet*</b>	-.1284629	-.0389667	.0067667
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.0265778	.0069601	.0002307
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.0222128	.0055856	.0001221
<b>Migræne, Smerter*</b>	.0836013	.0187439	.0026887
<b>Uddannelse***</b>	-.0204887	-.0049225	.0013276
<b>Alder*</b>	.0191703	.0061429	.0020874
<b>Civilstand*</b>	-.0258714	-.0063343	.0017626
<b>Køn*</b>	-.0028262	-.0006471	.0003326
<b>Etnicitet**</b>	.0054055	.0016396	.0005204
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.0519033	.0135922	.0065688
<b>Indkomst*</b>	-.0966512	-.023667	.0065283
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.2299886	.0578324	.0078638
<b>Migræne, Smerter*</b>	.0389891	.0087416	.0050489
<b>Uddannelse***</b>	-.2621938	-.0629938	.007387
<b>Alder*</b>	-.0826247	-.0264759	.0075933
<b>Civilstand*</b>	-.2520831	-.0617196	.0073948
<b>Køn*</b>	.6850759	.1568662	.0103666
<b>Etnicitet*</b>	-.1230575	-.0373271	.0066955
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.4279643	.4109406	.008986
<b>Migræne, Smerter*</b>	-.0652815	-.0558913	.0080275
<b>Uddannelse*</b>	-.1284752	-.1178695	.0080765
<b>Alder*</b>	.22699	.2777503	.0107428
<b>Køn*</b>	-.054452	-.0476114	.0076652

Indirekte arbejdsmarkedspå social eksklusion			
<b>Migræne, Smerter*</b>	.1603575	.1372915	.0044557
<b>Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.4279643	.4109406	.008986
<b>Migræne, Smerter*</b>	.095076	.0814002	.0081652
<b>Uddannelse*</b>	-.1284752	-.1178695	.0080765
<b>Alder*</b>	.22699	.2777503	.0107428
<b>Køn*</b>	-.054452	-.0476114	.0076652
<b>Direkte effekter på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.274987	-.2940824	.0097463
<b>Migræne, Smerter*****</b>	-.0084147	-.0077046	.0080788
<b>Uddannelse*</b>	.1429928	.1402984	.0090908
<b>Alder*</b>	-.0764476	-.1000389	.0130826
<b>Civilstand*</b>	.2676779	.2676424	.0098145
<b>Etnicitet*</b>	-.0559275	-.0692795	.0108733
<b>Indirekte effekt indkomst</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1176846	-.1208504	.0026426
<b>Migræne, Smerter*</b>	-.0261447	-.0239384	.0025289
<b>Uddannelse*</b>	.035329	.0346633	.0026384
<b>Alder*</b>	-.0624193	-.0816815	.0041604
<b>Køn*</b>	.0149736	.0140017	.0023015
<b>Total effekt på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.274987	-.2940824	.0097463
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1176846	-.1208504	.0026426
<b>Migræne, Smerter*</b>	-.0345593	-.0316429	.0083792
<b>Uddannelse*</b>	.1783218	.1749618	.0092882
<b>Alder*</b>	-.1388669	-.1817204	.0129729
<b>Civilstand*</b>	.2676779	.2676424	.0098145
<b>Køn*</b>	.0149736	.0140017	.0023015
<b>Etnicitet*</b>	-.0559275	-.0692795	.0108733

Total effekt på sygdommens sværhedsgrad			
<b>Migræne, Smerter*</b>	.3746983	.3340908	.0080119

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant



## Den sociale dimension

*Fit statistics, den sociale dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.06
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.88
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.035

*Forklaringskraft den sociale dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Individuel social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.39

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimator, den sociale dimension<sup>57</sup>*

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standard fejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.1008911	.0421242	.0129175
<b>Indkomst*</b>	.0908797	.0287212	.0095702
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.5235991	-.1866171	.0224066
<b>Migræne, Smerter****</b>	-.0250685	-.0074357	.0085515
<b>Uddannelse*</b>	.0602554	.0184914	.0100784

---

<sup>57</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Alder*</b>	-.115697	-.0493361	.0147092
<b>Civilstand****</b>	.1371839	.0408376	.0093703
<b>Køn*</b>	-.2007696	-.0599189	.0104985
<b>Etnicitet*</b>	-.0383247	-.015276	.0104791
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.0216038	-.00902	.0005808
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.0275316	.0098126	.0004593
<b>Migræne, Smerter*</b>	-.1836622	-.0544772	.0068994
<b>Uddannelse****</b>	.0032121	.0009858	.0013963
<b>Alder*</b>	.0065017	.0027725	.0021393
<b>Civilstand*</b>	.0222967	.0066374	.002261
<b>Køn*</b>	-.0056573	-.0016884	.0007274
<b>Etnicitet**</b>	-.0030463	-.0012142	.0006796
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.0792874	.0331042	.0129305
<b>Indkomst*</b>	.0908797	.0287212	.0095702
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.4960675	-.1768045	.0224113
<b>Migræne, Smerter*</b>	-.2087308	-.0619129	.0109207
<b>Uddannelse****</b>	.0634675	.0194771	.0101014
<b>Alder*</b>	-.1091954	-.0465636	.0147505
<b>Civilstand*</b>	.1594806	.0474749	.0092423
<b>Køn*</b>	-.2064269	-.0616073	.0106083
<b>Etnicitet*</b>	-.041371	-.0164903	.0105037
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3472384	.2964156	.0138737
<b>Migræne, Smerter*</b>	-.0324414	-.023047	.0116425
<b>Uddannelse*</b>	-.0895771	-.0658402	.0116521
<b>Alder*</b>	.1500104	.153209	.0163775
<b>Køn*</b>	-.0713519	-.0510026	.011162
<b>Indirekte arbejdsmarkedspå social eksklusion</b>			

<b>Migræne, Smerter*</b>	.1259292	.0894627	.0056014
<b>Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3472384	.2964156	.0138737
<b>Migræne, Smerter*</b>	.0934878	.0664157	.0115307
<b>Uddannelse*</b>	-.0895771	-.0658402	.0116521
<b>Alder*</b>	.1500104	.153209	.0163775
<b>Køn*</b>	-.0713519	-.0510026	.011162
<b>Direkte effekter på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.237718	-.3140555	.0202207
<b>Migræne, Smerter****</b>	-.0130567	-.0122544	.0142109
<b>Uddannelse*</b>	.1134957	.1102093	.0157563
<b>Alder*</b>	-.0593338	-.0800589	.0234287
<b>Civilstand*</b>	.2453429	.2310974	.0163569
<b>Etnicitet*</b>	-.0335202	-.0422769	.019012
<b>Indirekte effekt indkomst</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.0825448	-.093091	.0043571
<b>Migræne, Smerter*</b>	-.0222237	-.0208582	.0038623
<b>Uddannelse*</b>	.0212941	.0206775	.003894
<b>Alder*</b>	-.0356602	-.0481161	.0060044
<b>Køn*</b>	.0169616	.0160176	.0036541
<b>Total effekt på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.237718	-.3140555	.0202207
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.0825448	-.093091	.0043571
<b>Migræne, Smerter*</b>	-.0352804	-.0331126	.0145864
<b>Uddannelse*</b>	.1347898	.1308867	.0160917
<b>Alder*</b>	-.094994	-.128175	.0237257
<b>Civilstand*</b>	.2453429	.2310974	.0163569
<b>Køn*</b>	.0169616	.0160176	.0036541
<b>Etnicitet*</b>	-.0335202	-.0422769	.019012
<b>Total effekt på sygdommens sværhedsgrad</b>			

<b>Migræne, Smerter*</b>	.3626592	.301815	.0125517
--------------------------	----------	---------	----------

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\*\*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke  
signifikant

## Den politiske dimension

*Fit statistics, den politiske dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.07
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.8
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.053

*Forklaringskraft den politiske dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.47

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimator, den politiske dimension<sup>58</sup>*

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standard fejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	-.0375881	-.0111014	.0114083
<b>Sygdommens sværhedsgrad**</b>	.1042416	.0261447	.0125083
<b>Indkomst***</b>	-.0102568	-.0022095	.008046
<b>Uddannelse*</b>	-.12849	-.0265792	.008011
<b>INDIVIDUEL1*</b>	.1330303	.0849852	.0433569
<b>INDIVIDUEL2*****</b>	.5931106	.2168768	.3229566

---

<sup>58</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>SOCIAL*</b>	.248789	.0903366	.0232715
<b>Migræne, smerter*</b>	.0503338	.0099866	.1341166
<b>Alder****</b>	-.0331473	-.0095594	.0117253
<b>Køn**</b>	.108864	.0221681	.0076916
<b>Etnicitet**</b>	.0216185	.0065008	.0102076
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	.0024355	.0007193	.00007
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	.0125084	.0031372	.0002072
<b>Uddannelse</b>	.0008924	.0001846	.0001786
<b>Migræne, smerter*</b>	.11983727	.0079687	.1340093
<b>Alder</b>	-.0504805	-.0145581	.0043848
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	-.0351526	-.0103821	.0114085
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	.11675	.0292819	.01251
<b>Indkomst</b>	-.0102568	-.0022095	.008046
<b>Uddannelse</b>	-.1275976	-.0263946	.008013
<b>INDIVIDUEL1</b>	.1330303	.0849852	.0433569
<b>INDIVIDUEL2</b>	.5931106	.2168768	.3229566
<b>SOCIAL</b>	.248789	.0903366	.0232715
<b>Migræne, smerter*</b>	.17017107	.0179553	.0072238
<b>Alder</b>	-.0836278	-.0241175	.0115468
<b>Køn</b>	.108864	.0221681	.0076916
<b>Etnicitet</b>	.0216185	.0065008	.0102076
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	.355832	.3021744	.0199573
<b>Uddannelse</b>	-.0678395	-.0475145	.0164672
<b>Migræne, smerter*</b>	-.0016249	-.0010916	.0156679
<b>Alder</b>	.1420384	.1386942	.0230732
<b>Indirekte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Migræne, smerter*</b>	.1200727	.080663	.0075416

<b>Alder</b>	-0.0239165	-0.0233534	.0082261
<b>Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	.355832	.3021744	.0199573
<b>Uddannelse</b>	-.0678395	-.0475145	.0164672
<b>Migræne, smerter*</b>	.1184478	.0795714	.0156774
<b>Alder</b>	.1181219	.1153408	.0215945
<b>Direkte effekt på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	-.2374544	-.3255582	.0316953
<b>Uddannelse</b>	.1454998	.1397187	.0234068
<b>Migræne, smerter*</b>	.0139206	.0128214	.0210772
<b>Alder</b>	.0490849	.0657127	.0330115
<b>Indirekte effekt på indkomst</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	-.0844939	-.0983754	.0064973
<b>Uddannelse</b>	.0161088	.0154688	.005361
<b>Migræne, smerter*</b>	-.028126	-.0259051	.005693
<b>Alder</b>	.0232468	.0311217	.015017
<b>Total effekt på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	-.2374544	-.3255582	.0316953
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	-.0844939	-.0983754	.0064973
<b>Uddannelse</b>	.1616085	.1551875	.0240129
<b>Migræne, smerter*</b>	-.0142054	-.0130837	.0215402
<b>Alder</b>	.0723317	.0968344	.0316015
<b>Total effekt på sygdommens sværhedsgrad</b>			
<b>Migræne, smerter*</b>	.337442	.2669417	.0176654
<b>Total effekt INDIVIDUEL 1</b>			
<b>Migræne, smerter*</b>	.3610299	.1121268	.0136633
<b>Total effekt INDIVIDUEL 2</b>			
<b>Migræne, smerter*</b>	.076371	.041439	.0250434
<b>Total Effekt SOCIAL</b>			
<b>Migræne, smerter*</b>	.0896022	.0489604	.0174813

Total effekt uddannelse			
<b>Alder*</b>	.352546	.4915009	.0309489

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant



## Appendix D: Bevægeapparatslidelser, output tabeller

### Den psykologisk, individuelle dimension

*Fit statistics, den psykologisk individuelle dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.07
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.9
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.049

*Forklaringskraft den psykologisk individuelle dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Individuel social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.72

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimator, den psykologisk individuelle dimension<sup>59</sup>*

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standardfejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	-.0117268	-.0052439	.0056893
<b>Indkomst*</b>	-.0378747	-.0158318	.0049609

---

<sup>59</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.8517023	.3636766	.0092226
<b>Bevægeapparatslidelse r*</b>	-.0344206	-.0159874	.0055355
<b>Uddannelse*</b>	.1354281	.0557536	.0049786
<b>Alder*</b>	-.1628317	-.088218	.0075737
<b>Civilstand****</b>	-.0121323	-.005003	.0051117
<b>Køn*</b>	-.0386081	-.0150934	.0042894
<b>Etnicitet*</b>	.0327262	.0172563	.0056506
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.0108547	.0048539	.0001548
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.000332	-.0001417	.0339
<b>Bevægeapparatslidelse r*</b>	.3048172	.1415788	.0049199
<b>Uddannelse***</b>	-.0047974	-.001975	.000902
<b>Alder*</b>	.0021293	.0011536	.0015112
<b>Civilstand*</b>	-.0097582	-.004024	.0012702
<b>Køn*</b>	.0000402	.0000157	.000221
<b>Etnicitet**</b>	.00209	.0011021	.0003863
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.0008721	-.00039	.0056914
<b>Indkomst*</b>	-.0378747	-.0158318	.0049609
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.8513703	.3635349	.0092226
<b>Bevægeapparatslidelse r*</b>	.2703965	.1255914	.0067354
<b>Uddannelse***</b>	.1306307	.0537786	.0049284
<b>Alder*</b>	-.1607024	-.0870643	.0074573
<b>Civilstand*</b>	-.0218905	-.009027	.0049613
<b>Køn*</b>	-.038568	-.0150777	.0042816
<b>Etnicitet*</b>	.0348162	.0183584	.0056477
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3806552	.3634822	.0086847

<b>Bevægeapparatslidelse r*</b>	.0326515	.0339145	.009716
<b>Uddannelse*</b>	-.1236815	-.1138656	.0079931
<b>Alder*</b>	.2170943	.2630209	.0109105
<b>Køn*</b>	-.0460492	-.0402582	.0074223
<b>Indirekte arbejdsmarkedspå social eksklusion</b>			
<b>Bevægeapparatslidelse r*</b>	.1360813	.1413451	.0048858
<b>Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3806552	.3634822	.0086847
<b>Bevægeapparatslidelse r*</b>	.1687328	.1752596	.0098205
<b>Uddannelse*</b>	-.1236815	-.1138656	.0079931
<b>Alder*</b>	.2170943	.2630209	.0109105
<b>Køn*</b>	-.0460492	-.0402582	.0074223
<b>Direkte effekter på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.286595	-.306595	.0097777
<b>Bevægeapparatslidelse r*</b>	-.0128668	-.0142971	.0102388
<b>Uddannelse*</b>	.1295133	.1275553	.0090586
<b>Alder*</b>	-.061219	-.0793459	.013276
<b>Civilstand*</b>	.2576441	.2541726	.0096467
<b>Etnicitet*</b>	-.0551826	-.0696105	.0109286
<b>Indirekte effekt indkomst</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1090939	-.1114418	.0026627
<b>Bevægeapparatslidelse r*</b>	-.048358	-.0537337	.0034644
<b>Uddannelse*</b>	.0354465	.0349106	.0026917
<b>Alder*</b>	-.0622181	-.0806409	.0042194
<b>Køn*</b>	.0131975	.012343	.0023094
<b>Total effekt på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.286595	-.306595	.0097777
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1090939	-.1114418	.0026627

<b>Bevægeapparatslidelse r*</b>	-.0612247	-.0680308	.0105406
<b>Uddannelse*</b>	.1649598	.1624659	.0093015
<b>Alder*</b>	-.1234371	-.1599867	.0133681
<b>Civilstand*</b>	.2576441	.2541726	.0096467
<b>Køn*</b>	.0131975	.012343	.0023094
<b>Etnicitet*</b>	-.0551826	-.0696105	.0109286
<b>Total effekt på sygdommens sværhedsgrad</b>			
<b>Bevægeapparatslidelse r*</b>	.3574923	.388864	.0097134

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\*\*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke  
signifikant

## Den livsstilmæssige, individuelle dimension

*Fit statistics, livsstilmæssige, individuelle dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.06
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.9
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.037

*Forklaringskraft den livsstilmæssige, individuelle dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Individuel social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.77

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimer, den livsstilmæssige, individuelle dimension*<sup>60</sup>

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standard fejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	.03719	.0101937	.0069119
<b>Indkomst*</b>	-.1115882	-.0287993	.0068817
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.2155486	.0571466	.0081494
<b>Bevægeapparatslidelser*</b>	-.06206	-.0176243	.0066872

---

<sup>60</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Uddannelse*</b>	-.2512115	-.0638813	.0072407
<b>Alder*</b>	-.0902532	-.0305582	.0084504
<b>Civilstand****</b>	-.2171518	-.0562323	.0074412
<b>Køn*</b>	.684999	.1658437	.0103117
<b>Etnicitet*</b>	-.1259656	-.0403494	.0070337
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.0308829	.008465	.0002812
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.0264792	.0070202	.000164
<b>Bevægeapparatslidelser*</b>	.0897787	.0254961	.0033722
<b>Uddannelse***</b>	-.0243949	-.0062034	.0014035
<b>Alder*</b>	.0227302	.0076961	.0021413
<b>Civilstand*</b>	-.0296342	-.0076739	.0018551
<b>Køn*</b>	-.0029046	-.0007032	.0002985
<b>Etnicitet**</b>	.0065448	.0020964	.0005896
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.0680729	.0186587	.0069176
<b>Indkomst*</b>	-.1115882	-.0287993	.0068817
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.2420277	.0641668	.008151
<b>Bevægeapparatslidelser*</b>	.0277187	.0078718	.0063151
<b>Uddannelse***</b>	-.2756064	-.0700847	.0076681
<b>Alder*</b>	-.067523	-.0228621	.0082715
<b>Civilstand*</b>	-.2467861	-.0639062	.0075216
<b>Køn*</b>	.6820944	.1651404	.0102302
<b>Etnicitet*</b>	-.1194208	-.038253	.0069607
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3889824	.3762428	.0087883
<b>Bevægeapparatslidelser*</b>	.0326813	.0338604	.0096744
<b>Uddannelse*</b>	-.1268004	-.1176381	.0080545
<b>Alder*</b>	.2186109	.2700411	.0111003

<b>Køn*</b>	-.0426684	-.0376885	.0075025
<b>Indirekte efetkt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Bevægeapparatslidelser *</b>	.137442	.1424008	.0049229
<b>Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3889824	.3762428	.0087883
<b>Bevægeapparatslidelser *</b>	.1701232	.1762612	.0098349
<b>Uddannelse*</b>	-.1268004	-.1176381	.0080545
<b>Alder*</b>	.2186109	.2700411	.0111003
<b>Køn*</b>	-.0426684	-.0376885	.0075025
<b>Direkte effekter på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.276758	-.2939293	.0097637
<b>Bevægeapparatslidelser *</b>	-.0182509	-.0200826	.0101585
<b>Uddannelse*</b>	.1412624	.1391863	.0090627
<b>Alder*</b>	-.0703363	-.0922742	.0133802
<b>Civilstand*</b>	.2655681	.2664611	.0097485
<b>Etnicitet*</b>	-.0586512	-.0727944	.0107944
<b>Indirekte effekt indkomst</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.107654	-.1105888	.0025831
<b>Bevægeapparatslidelser *</b>	-.047083	-.0518083	.0033643
<b>Uddannelse*</b>	.035093	.0345773	.0026314
<b>Alder*</b>	-.0605023	-.079373	.0041949
<b>Køn*</b>	.0118088	.0110777	.0022357
<b>Total effekt på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.276758	-.2939293	.0097637
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.107654	-.1105888	.0025831
<b>Bevægeapparatslidelser *</b>	-.0653339	-.0718909	.0104288
<b>Uddannelse*</b>	.1763555	.1737635	.0092774
<b>Alder*</b>	-.1308386	-.1716472	.0134292

<b>Civilstand*</b>	.2655681	.2664611	.0097485
<b>Køn*</b>	.0118088	.0110777	.0022357
<b>Etnicitet*</b>	-.0586512	-.0727944	.0107944
<b>Total effekt på sygdommens sværhedsgrad</b>			
<b>Bevægeapparatslidelser</b>	.3533372	.3784811	.009646
<b>*</b>			

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\*\* signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant



## Den sociale dimension

*Fit statistics, den sociale dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.06
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.86
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.036

*Forklaringskraft den sociale dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.37

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimator, den sociale dimension<sup>61</sup>*

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standardfejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	.0980311	.0420579	.0131692
<b>Indkomst*</b>	.0918396	.0298811	.0097645
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.5286351	.1937293	.0236587
<b>Bevægeapparatslidelse r*</b>	.0408015	.0163315	.0112432
<b>Uddannelse*</b>	.0636997	.0201484	.0104016

---

<sup>61</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Alder*</b>	-.1154277	-.0505569	.0156576
<b>Civilstand****</b>	.1346169	.0412464	.0094615
<b>Køn*</b>	-.1949765	-.0598406	.0104922
<b>Etnicitet*</b>	-.0338596	-.0137172	.0104503
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.0215858	-.0092608	.0006014
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.0253497	.0092899	.0004444
<b>Bevægeapparatslidelse r*</b>	.1676498	.0671047	.008753
<b>Uddannelse****</b>	.0035229	.0011143	.0013924
<b>Alder*</b>	.0066118	.0028959	.0020748
<b>Civilstand*</b>	.0223869	.0068593	.0022934
<b>Køn*</b>	-.0051104	-.0015684	.0006959
<b>Etnicitet**</b>	-.0032775	-.0013278	.0007058
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.0764453	.032797	.0131829
<b>Indkomst*</b>	.0918396	.0298811	.0097645
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.5032853	-.1844394	.0236628
<b>Bevægeapparatslidelse r*</b>	.2084684	.0834362	.0129876
<b>Uddannelse****</b>	.0672227	.0212627	.0104357
<b>Alder*</b>	-.1088159	-.047661	.0157509
<b>Civilstand*</b>	.1570038	.0481057	.0093032
<b>Køn*</b>	-.2000869	-.061409	.0106051
<b>Etnicitet*</b>	-.0371371	-.015045	.0104728
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3316062	.2832555	.0135512
<b>Bevægeapparatslidelse r*</b>	.0164681	.0153642	.0152293
<b>Uddannelse*</b>	-.0876766	-.0646402	.011622
<b>Alder*</b>	.1437887	.1467951	.0168236
<b>Køn*</b>	-.0668504	-.0478227	.0108786

Indirekte effekt på arbejdsmarkedseksklusion			
<b>Bevægeapparatslidelse r*</b>	.109016	.1017083	.0067653
<b>Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3316062	.2832555	.0135512
<b>Bevægeapparatslidelse r*</b>	.1254841	.1170726	.0152448
<b>Uddannelse*</b>	-.0876766	-.0646402	.011622
<b>Alder*</b>	.1437887	.1467951	.0168236
<b>Køn*</b>	-.0668504	-.0478227	.0108786
Direkte effekter på indkomst			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2350376	-.3099233	.0201262
<b>Bevægeapparatslidelse r*</b>	-.0375973	-.046253	.0193373
<b>Uddannelse*</b>	.1113397	.1082396	.0157036
<b>Alder*</b>	-.0476942	-.064205	.0240612
<b>Civilstand*</b>	.2437608	.2295532	.0162449
<b>Etnicitet*</b>	-.0444358	.0186316	- .0356875
Indirekte effekt indkomst			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.0779399	-.0877875	.0041998
<b>Bevægeapparatslidelse r*</b>	-.0294935	-.0362835	.0052797
<b>Uddannelse*</b>	.0206073	.0200335	.0038297
<b>Alder*</b>	-.0337958	-.0454952	.0059929
<b>Køn*</b>	.0157124	.0148214	.0035062
Total effekt på indkomst			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>		-.3099233	.0201262
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>		-.0877875	.0041998
<b>Bevægeapparatslidelser*</b>		-.0825365	.0197613
<b>Uddannelse*</b>		.1282731	.0160412
<b>Alder*</b>		-.1097002	.0244725
<b>Civilstand*</b>		.2295532	.0162449
<b>Køn*</b>		.0148214	.0035062

<b>Etnicitet*</b>		-.0444358	.0186316
<b>Total effekt på sygdommens sværhedsgrad</b>			
<b>Bevægeapparatslidelse</b>	.3287514	.3590692	.0165942
<b>r*</b>			

\*Signifikant på 0.0001 niveau,\*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant

## Den politiske dimension

*Fit statistics, den politiske dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.07
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.8
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.053

*Forklaringskraft den politiske dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.47

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimator, den politiske dimension<sup>62</sup>*

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standardfejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	-.0326802	-.0095882	.0112858
<b>Sygdommens sværhedsgrad**</b>	.1036661	.0259521	.0126863
<b>Indkomst***</b>	-.0045741	-.0009835	.0079718
<b>Uddannelse*</b>	-.1303371	-.0268517	.0080289
<b>INDIVIDUEL1*</b>	.12886	.0803089	.0402109
<b>INDIVIDUEL2*****</b>	.7000603	.2995554	.1671764

---

<sup>62</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>SOCIAL*</b>	.2533662	-.0905584	.02334
<b>Bevægeapparatslidelse r*</b>	.08137	.0214317	.1090049
<b>Alder****</b>	-.0369379	-.0105868	.0121252
<b>Køn**</b>	.116808	.0236894	.00765
<b>Etnicitet**</b>	.0216727	.0065239	.0102235
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	.0010542	.0003093	.000031
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	.110957	.027777	.0001829
<b>Uddannelse</b>	.0014271	.000294	.000154
<b>Bevægeapparatslidelse r*</b>	.150141	.0534898	.1087808
<b>Alder</b>	-.0503378	-.0144274	.0043955
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	-.031626	-.0092789	.0112858
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	.0925704	.0231744	.0126876
<b>Indkomst</b>	-.0045741	-.0009835	.0079718
<b>Uddannelse</b>	-.12891	-.0265577	.0080304
<b>INDIVIDUEL1</b>	.12886	.0803089	.0402109
<b>INDIVIDUEL2</b>	.7000603	.2995554	.1671764
<b>SOCIAL</b>	.2533662	.0905584	.02334
<b>Bevægeapparatslidelse r*</b>	.2315111	.0079418	.0097138
<b>Alder</b>	-.0872757	-.0250142	.0119035
<b>Køn</b>	.116808	.0236894	.00765
<b>Etnicitet</b>	.0216727	.0065239	.0102235
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	.3508407	.2993605	.019711
<b>Uddannelse</b>	-.0656364	-.046089	.0164139
<b>Bevægeapparatslidelse r*</b>	.0123897	.0111224	.0215391
<b>Alder</b>	.1370895	.1339202	.0237793

Indirekte effekt på arbejdsmarkedseksklusion			
<b>Bevægeapparatslidelse r*</b>	.1175051	.1054864	.0098643
<b>Alder</b>	-.0232722	-.0227342	.0082192
Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion			
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	.3508407	.2993605	.019711
<b>Uddannelse</b>	-.0656364	-.046089	.0164139
<b>Bevægeapparatslidelse r*</b>	.1298948	.1166088	.0215983
<b>Alder</b>	.1138172	.111186	.0221931
Direkte effekt på indkomst			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	-.2304731	-.3144977	.0315249
<b>Uddannelse</b>	.1418314	.1359008	.023336
<b>Bevægeapparatslidelse r*</b>	-.0467817	-.0573077	.0292126
<b>Alder</b>	.0645989	.0861121	.0340269
Indirekte effekt på indkomst			
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	-.0808593	-.0941482	.0061991
<b>Uddannelse</b>	.0151274	.0144949	.0051621
<b>Bevægeapparatslidelse r*</b>	-.0299372	-.0366732	.0077235
<b>Alder</b>	.0240563	.0320677	.0148602
Total effekt på indkomst			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	-.2304731	-.3144977	.0315249
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	-.0808593	-.0941482	.0061991
<b>Uddannelse</b>	.1569588	.1503957	.0239002
<b>Bevægeapparatslidelse r*</b>	-.0767189	-.0939809	.0297731
<b>Alder</b>	.0886552	.1181798	.0325158
Total effekt på sygdommens sværhedsgrad			
<b>Bevægeapparatslidelse r*</b>	.3349244	.3523724	.0233984
Total effekt INDIVIDUEL			

<b>Bevægeapparatslidelse</b> <b>r*</b>	.1942811	-.0821063	.0159009
<b>Total effekt INDIVIDUEL 2</b>			
<b>Bevægeapparatslidelse</b> <b>r*</b>	.1052723	-.0647983	.0310674
<b>Total Effekt SOCIAL</b>			
<b>Bevægeapparatslidelse</b> <b>r*</b>	.065868	-.0485384	.0238454
<b>Total effekt uddannelse</b>			
<b>Alder*</b>	.3545628	.4932676	.0307032

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\*\* signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant



## Appendix E: Cancer, output tabeller

### Den psykologisk, individuelle dimension

*Fit statistics, den psykologisk individuelle dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.07
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.9
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.045

*Forklaringskraft den psykologisk individuelle dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Individuel social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.72

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimator, den psykologisk individuelle dimension<sup>63</sup>*

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standardfejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	-.0184172	-.008338	.0056876
<b>Indkomst*</b>	-.0365069	-.0153379	.0049553
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.8261944	.3555433	.0090856

---

<sup>63</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Cancer*</b>	.0194898	.011642	.0064151
<b>Uddannelse*</b>	.1347756	.055654	.0049815
<b>Alder*</b>	-.1699139	-.0922606	.0074663
<b>Civilstand****</b>	-.0101392	-.0041929	.0051006
<b>Køn*</b>	-.0384152	-.0150547	.0042821
<b>Etnicitet*</b>	.0336398	.0178497	.0056565
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.0104994	.0047534	.0001486
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.0031058	-.0013366	.0000297
<b>Cancer*</b>	.0893689	.0533834	.0048702
<b>Uddannelse****</b>	-.0038113	-.0015738	.0009148
<b>Alder*</b>	.000636	.0003453	.001556
<b>Civilstand*</b>	-.0094094	-.0038911	.0012658
<b>Køn*</b>	.0003481	.0001364	.0002106
<b>Etnicitet**</b>	.0020178	.0010707	.0003847
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.0079178	-.0035846	.0056895
<b>Indkomst*</b>	-.0365069	-.0153379	.0049553
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.8230886	.3542067	.0090857
<b>Cancer*</b>	.1088587	.0650254	.0080116
<b>Uddannelse****</b>	.1309643	.0540802	.004933
<b>Alder*</b>	-.1692779	-.0919153	.0073504
<b>Civilstand*</b>	-.0195486	-.008084	.0049507
<b>Køn*</b>	-.0380671	-.0149183	.0042747
<b>Etnicitet*</b>	.0356576	.0189204	.0056534
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3922576	.3728563	.0082834
<b>Cancer*</b>	.0273651	.0361058	.0113366
<b>Uddannelse*</b>	-.1264399	-.1153266	.0079983
<b>Alder*</b>	.2252088	.270105	.0105554

<b>Køn*</b>	-.0439688	-.0380604	.0074424
<b>Indirekte arbejdsmarkedspå social eksklusion</b>			
<b>Cancer*</b>	.0429303	.0566427	.0050904
<b>Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3922576	.3728563	.0082834
<b>Cancer*</b>	.0702954	.0927485	.0123225
<b>Uddannelse*</b>	-.1264399	-.1153266	.0079983
<b>Alder*</b>	.2252088	.270105	.0105554
<b>Køn*</b>	-.0439688	-.0380604	.0074424
<b>Direkte effekter på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2876002	-.3099124	.0096896
<b>Cancer*</b>	.0136075	.0193468	.0124534
<b>Uddannelse*</b>	.1318234	.1295649	.0090555
<b>Alder*</b>	-.0662656	-.0856416	.0129307
<b>Civilstand*</b>	.2577418	.2536909	.009661
<b>Etnicitet*</b>	-.0552721	-.0698062	.0109814
<b>Indirekte effekt indkomst</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1128134	-.1155528	.0025671
<b>Cancer*</b>	-.020217	-.0287439	.0039232
<b>Uddannelse*</b>	.0363641	.0357411	.002719
<b>Alder*</b>	-.0647701	-.0837089	.0041894
<b>Køn*</b>	.0126454	.0117954	.0023358
<b>Total effekt på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2876002	-.3099124	.0096896
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1128134	-.1155528	.0025671
<b>Cancer*</b>	-.0066095	-.0093971	.0129983
<b>Uddannelse*</b>	.1681875	.165306	.0092913
<b>Alder*</b>	-.1310356	-.1693505	.0129032
<b>Civilstand*</b>	.2577418	.2536909	.009661
<b>Køn*</b>	.0126454	.0117954	.0023358

<b>Etnicitet*</b>	-.0552721	-.0698062	.0109814
<b>Total effekt på sygdommens sværhedsgrad</b>			
<b>Cancer*</b>	.1094442	.1519157	.0132287

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant

## Den livsstilmæssige, individuelle dimension

*Fit statistics, livsstilmæssige, individuelle dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.07
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.9
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.039

*Forklaringskraft den livsstilmæssige, individuelle dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Individuel social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.77

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimer, den livsstilmæssige, individuelle dimension*<sup>64</sup>

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standard fejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	.0263515	.0069124	.0065236
<b>Indkomst*</b>	-.0960399	-.023586	.006473
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.1900892	.0479491	.0073843
<b>Cancer*</b>	-.0116653	-.0037862	.0068495

---

<sup>64</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Uddannelse*</b>	-.2375592	-.0573355	.0069211
<b>Alder*</b>	-.1097854	-.0352697	.0078063
<b>Civilstand****</b>	-.2293665	-.05639	.0072715
<b>Køn*</b>	.6936345	.1593139	.0105224
<b>Etnicitet*</b>	-.1293677	-.0392917	.0067077
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.0268577	.0070452	.0002279
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.0213464	.0053845	.000117
<b>Cancer*</b>	.0265386	.0086137	.0014652
<b>Uddannelse***</b>	-.0206902	-.0049936	.0013268
<b>Alder*</b>	.0194124	.0062364	.0020695
<b>Civilstand*</b>	-.0255959	-.0062928	.0017423
<b>Køn*</b>	-.0021492	-.0004936	.0002556
<b>Etnicitet**</b>	.0055582	.0016881	.0005286
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.0532092	.0139577	.0065276
<b>Indkomst*</b>	-.0960399	-.023586	.006473
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.2114356	.0533336	.0073852
<b>Cancer*</b>	.0148733	.0048275	.006794
<b>Uddannelse***</b>	-.2582494	-.0623292	.007323
<b>Alder*</b>	-.090373	-.0290333	.0075459
<b>Civilstand*</b>	-.2549624	-.0626828	.0073755
<b>Køn*</b>	.6914853	.1588202	.0104511
<b>Etnicitet*</b>	-.1238095	-.0376036	.0066344
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.4011787	.3857759	.008381
<b>Cancer*</b>	.0342001	.0423167	.0106415
<b>Uddannelse*</b>	-.1283658	-.1181071	.0080517
<b>Alder*</b>	.2260382	.2768305	.0107471
<b>Køn*</b>	-.0403915	-.0353661	.0075141

Indirekte arbejdsmarkedspå social eksklusion			
<b>Cancer*</b>	.0496776	.0614673	.0049357
Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.4011787	.3857759	.008381
<b>Cancer*</b>	.0838777	.103784	.0116017
<b>Uddannelse*</b>	-.1283658	-.1181071	.0080517
<b>Alder*</b>	.2260382	.2768305	.0107471
<b>Køn*</b>	-.0403915	-.0353661	.0075141
Direkte effekter på indkomst			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2796513	-.2987035	.0096626
<b>Cancer*</b>	.0152334	.0201328	.0116192
<b>Uddannelse*</b>	.144315	.1418278	.0090468
<b>Alder*</b>	-.0768961	-.1005911	.0130369
<b>Civilstand*</b>	.2665132	.2668019	.0097548
<b>Etnicitet*</b>	-.0578736	-.0715738	.0107861
Indirekte effekt indkomst			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1121902	-.1152326	.0025034
<b>Cancer*</b>	-.0234565	-.0310006	.0036076
<b>Uddannelse*</b>	.0358977	.035279	.0026621
<b>Alder*</b>	-.0632119	-.0826902	.0041786
<b>Køn*</b>	.0112955	.010564	.0022704
Total effekt på indkomst			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2796513	-.2987035	.0096626
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1121902	-.1152326	.0025034
<b>Cancer*</b>	-.0082231	-.0108678	.0120887
<b>Uddannelse*</b>	.1802127	.1771068	.0092576
<b>Alder*</b>	-.1401079	-.1832814	.0129743
<b>Civilstand*</b>	.2665132	.2668019	.0097548
<b>Køn*</b>	.0112955	.010564	.0022704
<b>Etnicitet*</b>	-.0578736	-.0715738	.0107861

Total effekt på sygdommens sværhedsgrad			
<b>Cancer*</b>	.1238291	.1593343	.0123171

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant



## Den sociale dimension

*Fit statistics, den sociale dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.07
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.86
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.038

*Forklaringskraft den sociale dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.33

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimator, den sociale dimension<sup>65</sup>*

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standardfejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	.1042656	.0433385	.0129111
<b>Indkomst*</b>	.0877985	.0276125	.0095098
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.5190276	-.1844295	.0231014
<b>Cancer*</b>	.0400596	.0204404	.0134589
<b>Uddannelse*</b>	.0645176	.0197059	.0102448
<b>Alder*</b>	-.1215947	-.0514348	.0144878

---

<sup>65</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Civilstand****</b>	.1384898	.040992	.0092481
<b>Køn*</b>	-.1935073	-.0573435	.010347
<b>Etnicitet*</b>	-.0436381	-.0170276	.0102166
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.0207916	-.0086421	.0005536
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.0280033	.0099506	.0004516
<b>Cancer*</b>	.0356565	.0181937	.0047649
<b>Uddannelse****</b>	.0027373	.0008361	.0013954
<b>Alder*</b>	.0073317	.0031013	.0020755
<b>Civilstand*</b>	.0216186	.0063989	.0022491
<b>Køn*</b>	-.0053923	-.001598	.0006789
<b>Etnicitet**</b>	-.0031078	-.0012127	.0006626
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.0834741	.0346964	.0129229
<b>Indkomst*</b>	.0877985	.0276125	.0095098
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.4910244	-.1744789	.0231059
<b>Cancer*</b>	.0757161	.0386341	.0138244
<b>Uddannelse****</b>	.0672549	.0205419	.0102766
<b>Alder*</b>	-.114263	-.0483334	.0145532
<b>Civilstand*</b>	.1601084	.047391	.0091124
<b>Køn*</b>	-.1988996	-.0589415	.0104628
<b>Etnicitet*</b>	-.0467459	-.0182403	.010241
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3354727	.2867906	.0130149
<b>Cancer*</b>	.0347709	.0426841	.0184652
<b>Uddannelse*</b>	-.0893302	-.0656423	.0116192
<b>Alder*</b>	.1472647	.1498679	.0163224
<b>Køn*</b>	-.0645991	-.0460555	.0108994
<b>Indirekte arbejdsmarkedspå social eksklusion</b>			
<b>Cancer*</b>	.0271399	.0333165	.0067876

Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3354727	.2867906	.0130149
<b>Cancer*</b>	.0619108	.0760006	.0195754
<b>Uddannelse*</b>	-.0893302	-.0656423	.0116192
<b>Alder*</b>	.1472647	.1498679	.0163224
<b>Køn*</b>	-.0645991	-.0460555	.0108994
Direkte effekter på indkomst			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.23681	-.3129774	.0200484
<b>Cancer*</b>	.0132715	.021532	.0244273
<b>Uddannelse*</b>	.1161078	.1127612	.0156977
<b>Alder*</b>	-.0565052	-.0759995	.0233398
<b>Civilstand*</b>	.2462293	.2317405	.0162699
<b>Etnicitet*</b>	-.0353972	-.0439174	.018628
Indirekte effekt indkomst			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.0794433	-.089759	.0040734
<b>Cancer*</b>	-.0146611	-.0237865	.0063133
<b>Uddannelse*</b>	.0211543	.0205445	.0038673
<b>Alder*</b>	-.0348737	-.0469053	.0059266
<b>Køn*</b>	.0152977	.0144143	.003534
Total effekt på indkomst			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.23681	-.3129774	.0200484
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.0794433	-.089759	.0040734
<b>Cancer*</b>	-.0013896	-.0022545	.0251394
<b>Uddannelse*</b>	.1372621	.1333057	.0160285
<b>Alder*</b>	-.0913789	-.1229048	.0236459
<b>Civilstand*</b>	.2462293	.2317405	.0162699
<b>Køn*</b>	.0152977	.0144143	.003534
<b>Etnicitet*</b>	-.0353972	-.0439174	.018628
Total effekt på sygdommens sværhedsgrad			
<b>Cancer*</b>	.0809006	.1161702	.0230728

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke  
signifikant

## Den politiske dimension

*Fit statistics, den politiske dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.07
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.85
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.051

*Forklaringskraft den politiske dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.27

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimator, den politiske dimension<sup>66</sup>*

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standardfejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	-.0360988	-.0108621	.0115126
<b>Sygdommens sværhedsgrad**</b>	.1106516	.0283799	.0123182
<b>Indkomst***</b>	-.0111451	-.0024339	.0081248
<b>Uddannelse*</b>	-.1201781	-.0250754	.0081289
<b>INDIVIDUEL1*</b>	.1301052	.0809217	.038807
<b>INDIVIDUEL2*****</b>	.6996787	.3027557	.7146776

---

<sup>66</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>SOCIAL*</b>	.2566578	.0959056	.0239112
<b>Cancer*</b>	.0777673	.0269877	.3188825
<b>Alder****</b>	-.0379564	-.0110249	.0120485
<b>Køn**</b>	.1170173	.0240154	.0077456
<b>Etnicitet**</b>	.0220714	.006705	.0103455
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	.0025643	.0007716	.0000769
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	-.0115788	-.0029697	.0001907
<b>Uddannelse</b>	.0005316	.0001109	.0001745
<b>Cancer*</b>	.04781352	-.0115682	.3187459
<b>Alder</b>	-.0477534	-.0138705	.0044182
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	-.0335345	-.0100905	.0115129
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	.0990728	.0254101	.0123196
<b>Indkomst</b>	-.0111451	-.0024339	.0081248
<b>Uddannelse</b>	-.1196465	-.0249645	.0081308
<b>INDIVIDUEL1</b>	.1301052	.0809217	.038807
<b>INDIVIDUEL2</b>	.6996787	.3027557	.7146776
<b>SOCIAL</b>	-.2566578	-.0959056	.0239112
<b>Cancer*</b>	.12558082	.0154195	.0127361
<b>Alder</b>	-.0857098	-.0248954	.0118424
<b>Køn</b>	.1170173	.0240154	.0077456
<b>Etnicitet</b>	.0220714	.006705	.0103455
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	.3452797	.2943087	.0188978
<b>Uddannelse</b>	-.0652467	-.045244	.0163568
<b>Cancer*</b>	.025781	.0297336	.0255019
<b>Alder</b>	.1357134	.1310062	.0229504
<b>Indirekte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Cancer*</b>	.0230737	.0266113	.0095583

<b>Alder</b>	-0.0232195	-0.0224141	.0082221
<b>Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	.3452797	.2943087	.0188978
<b>Uddannelse</b>	-.0652467	-.045244	.0163568
<b>Cancer*</b>	.0488547	.0563448	.0271453
<b>Alder</b>	.1124939	.108592	.021433
<b>Direkte effekt på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	-.2300815	-.3170114	.0315798
<b>Uddannelse</b>	.1486222	.1419969	.0232893
<b>Cancer*</b>	-.0095997	-.0152546	.0362442
<b>Alder</b>	.0559389	.0744005	.0328747
<b>Indirekte effekt på indkomst</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	-.0794425	-.0932992	.0059908
<b>Uddannelse</b>	.0150121	.0143428	.0051853
<b>Cancer*</b>	-.0112406	-.017862	.0087874
<b>Alder</b>	.0270077	.0359212	.0148571
<b>Total effekt på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	-.2300815	-.3170114	.0315798
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	-.0794425	-.0932992	.0059908
<b>Uddannelse</b>	.1636343	.1563398	.0238595
<b>Cancer*</b>	-.0208403	-.0331165	.0372162
<b>Alder</b>	.0829466	.1103217	.031411
<b>Total effekt på sygdommens sværhedsgrad</b>			
<b>Cancer*</b>	.0668262	.0904195	.031954
<b>Total effekt INDIVIDUEL 1</b>			
<b>Cancer*</b>	.0053097	.0029626	.0190458
<b>Total effekt INDIVIDUEL 2</b>			
<b>Cancer*</b>	.0555681	.0445656	.0399534
<b>Total Effekt SOCIAL</b>			
<b>Cancer*</b>	.0039309	.0036506	.0283736

Total effekt uddannelse			
<b>Alder*</b>	.355872	.4954056	.0307924

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant



## Appendix F: Ryglidelser, output tabeller

### Den psykologisk, individuelle dimension

*Fit statistics, den psykologisk individuelle dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.06
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.9
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.045

*Forklaringskraft den psykologisk individuelle dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Individuel social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.72

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimator, den psykologisk individuelle dimension<sup>67</sup>*

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standardfejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	-.0164811	-.0074187	.0056933
<b>Indkomst*</b>	-.0354123	-.0148183	.004956

---

<sup>67</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.8502131	.3652832	.0093923
<b>Ryglidelser*</b>	-.0374862	-.0157592	.0049411
<b>Uddannelse*</b>	.1334949	.0549525	.004977
<b>Alder*</b>	-.1671193	-.0904855	.0074413
<b>Civilstand****</b>	-.0081003	-.0033401	.0051103
<b>Køn*</b>	-.0359973	-.0140718	.0043035
<b>Etnicitet*</b>	.0330823	.0174581	.005654
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.0102401	.0046095	.0001458
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.0023709	-.0010186	.000025
<b>Ryglidelser*</b>	.3197927	.1344411	.0045869
<b>Uddannelse****</b>	-.0038899	-.0016013	.0009163
<b>Alder*</b>	.0010081	.0005458	.0015561
<b>Civilstand*</b>	-.0090869	-.0037469	.0012614
<b>Køn*</b>	.0003013	.0001178	.0002313
<b>Etnicitet**</b>	.0019242	.0010154	.0003765
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.0062409	-.0028093	.0056952
<b>Indkomst*</b>	-.0354123	-.0148183	.004956
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.8478423	.3642645	.0093924
<b>Ryglidelser*</b>	.2823066	.1186819	.0059652
<b>Uddannelse****</b>	.129605	.0533512	.0049276
<b>Alder*</b>	-.1661112	-.0899397	.0073172
<b>Civilstand*</b>	-.0171872	-.0070871	.0049619
<b>Køn*</b>	-.0356961	-.0139541	.0042954
<b>Etnicitet*</b>	.0350065	.0184736	.0056514
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3798881	.3625869	.008887
<b>Ryglidelser*</b>	.0288671	.0269601	.0086369
<b>Uddannelse*</b>	-.1259854	-.1152119	.007989

<b>Alder*</b>	.2237896	.2691824	.0105696
<b>Køn*</b>	-.0482717	-.0419206	.0074581
<b>Indirekte arbejdsmarkedspå social eksklusion</b>			
<b>Ryglidelser*</b>	.1436884	.134196	.0045528
<b>Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3798881	.3625869	.008887
<b>Ryglidelser*</b>	.1725555	.1611561	.008613
<b>Uddannelse*</b>	-.1259854	-.1152119	.007989
<b>Alder*</b>	.2237896	.2691824	.0105696
<b>Køn*</b>	-.0482717	-.0419206	.0074581
<b>Direkte effekter på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2891687	-.3110666	.0098387
<b>Ryglidelser*</b>	.0201572	.0202512	.0089818
<b>Uddannelse*</b>	.1320486	.1299011	.0090727
<b>Alder*</b>	-.0679073	-.0878669	.0129736
<b>Civilstand*</b>	.256602	.2528594	.0096819
<b>Etnicitet*</b>	-.0543377	-.0685268	.0109714
<b>Indirekte effekt indkomst</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1098517	-.1127887	.0027644
<b>Ryglidelser*</b>	-.0498976	-.0501303	.0031132
<b>Uddannelse*</b>	.036431	.0358386	.0027314
<b>Alder*</b>	-.064713	-.0837337	.0042219
<b>Køn*</b>	.0139587	.0130401	.0023563
<b>Total effekt på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2891687	-.3110666	.0098387
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1098517	-.1127887	.0027644
<b>Ryglidelser*</b>	-.0297404	-.0298791	.0092481
<b>Uddannelse*</b>	.1684796	.1657397	.0093186
<b>Alder*</b>	-.1326203	-.1716006	.0129907
<b>Civilstand*</b>	.256602	.2528594	.0096819

<b>Køn*</b>	.0139587	.0130401	.0023563
<b>Etnicitet*</b>	-.0543377	-.0685268	.0109714
<b>Total effekt på sygdommens sværhedsgrad</b>			
<b>Ryglidelser*</b>	.3782386	.3701073	.008682

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\*\*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant

## Den livsstilmæssige, individuelle dimension

*Fit statistics, livsstilmæssige, individuelle dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.07
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.9
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.039

*Forklaringskraft den livsstilmæssige, individuelle dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Individuel social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.76

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimer, den livsstilmæssige, individuelle dimension*<sup>68</sup>

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standardfejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	.0284051	.0076473	.006669
<b>Indkomst*</b>	-.1052955	-.0265685	.0066677
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.1834908	.0477317	.007656
<b>Ryglidelser*</b>	.001469	.0003712	.0056741

---

<sup>68</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Uddannelse*</b>	-.2476456	-.0614831	.007089
<b>Alder*</b>	-.1018203	-.0336392	.0079974
<b>Civilstand****</b>	-.2203035	-.0557185	.0073117
<b>Køn*</b>	.6804655	.1608664	.0103654
<b>Etnicitet*</b>	-.128545	-.0401899	.0068632
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.0295374	.0079521	.0002602
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.0228516	.0059444	.0001401
<b>Ryglidelser*</b>	.0760446	.0192138	.0028818
<b>Uddannelse***</b>	-.022672	-.0056288	.0013765
<b>Alder*</b>	.0213811	.0070638	.0021474
<b>Civilstand*</b>	-.0278961	-.0070554	.0017896
<b>Køn*</b>	-.0025422	-.000601	.0002853
<b>Etnicitet**</b>	.0061258	.0019152	.00056
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.0579425	.0155994	.006674
<b>Indkomst*</b>	-.1052955	-.0265685	.0066677
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.2063425	.0536761	.0076573
<b>Ryglidelser*</b>	.0775136	.019585	.0057385
<b>Uddannelse***</b>	-.2703176	-.0671119	.0075121
<b>Alder*</b>	-.0804392	-.0265754	.0077311
<b>Civilstand*</b>	-.2481996	-.0627739	.0074162
<b>Køn*</b>	.6779233	.1602654	.0102868
<b>Etnicitet*</b>	-.1224192	-.0382747	.0067875
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3943848	.3810666	.0089785
<b>Ryglidelser*</b>	.0162529	.0152533	.0086553
<b>Uddannelse*</b>	-.1295158	-.1194363	.0080513
<b>Alder*</b>	.2272191	.2788332	.0107608
<b>Køn*</b>	-.0438739	-.038526	.0075385

Indirekte arbejdsmarkedspå social eksklusion			
<b>Ryglidelser*</b>	.147102	.138055	.0046426
Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3943848	.3810666	.0089785
<b>Ryglidelser*</b>	.1633549	.1533083	.0087087
<b>Uddannelse*</b>	-.1295158	-.1194363	.0080513
<b>Alder*</b>	.2272191	.2788332	.0107608
<b>Køn*</b>	-.0438739	-.038526	.0075385
Direkte effekter på indkomst			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2805186	-.2993068	.0097937
<b>Ryglidelser*</b>	-.1106323	-.1140558	.0026873
<b>Uddannelse*</b>	-.0458241	-.0458862	.0030081
<b>Alder*</b>	.0363316	.0357481	.0026787
<b>Civilstand*</b>	-.0637392	-.0834567	.0042226
<b>Etnicitet*</b>	.0123074	.0115311	.0022877
Indirekte effekt indkomst			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1106323	-.1140558	.0026873
<b>Ryglidelser*</b>	-.0458241	-.0458862	.0030081
<b>Uddannelse*</b>	.0363316	.0357481	.0026787
<b>Alder*</b>	-.0637392	-.0834567	.0042226
<b>Køn*</b>	.0123074	.0115311	.0022877
Total effekt på indkomst			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2805186	-.2993068	.0097937
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1106323	-.1140558	.0026873
<b>Ryglidelser*</b>	-.0281496	-.0281878	.0092126
<b>Uddannelse*</b>	.1803792	.1774822	.0092914
<b>Alder*</b>	-.1417622	-.1856159	.0130393
<b>Civilstand*</b>	.2649319	.2655556	.0097777
<b>Køn*</b>	.0123074	.0115311	.0022877
<b>Etnicitet*</b>	-.0581769	-.0720869	.0108169

Total effekt på sygdommens sværhedsgrad			
<b>Ryglidelser*</b>	.3729911	.3622859	.0086928

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant



## Den sociale dimension

*Fit statistics, den sociale dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.07
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.9
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.038

*Forklaringskraft den sociale dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.35

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimator, den sociale dimension<sup>69</sup>*

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standardfejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	.0894308	.0369464	.0124616
<b>Indkomst*</b>	.0864408	.0271292	.009279
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.5567015	.1966641	.0237439
<b>Ryglidelser*</b>	.1299643	.0428413	.0097026
<b>Uddannelse*</b>	.0567205	.0172973	.0097429
<b>Alder*</b>	-.1334505	-.0563734	.0138685

---

<sup>69</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Civilstand****</b>	.1377631	.0406819	.0090479
<b>Køn*</b>	-.2012113	-.059557	.0102113
<b>Etnicitet*</b>	-.041161	-.0160574	.010014
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.0207929	-.0085902	.0005499
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.0216388	.0076443	.0003916
<b>Ryglidelser*</b>	.2124663	.0617811	.0079413
<b>Uddannelse****</b>	.0039231	.0011964	.0013426
<b>Alder*</b>	.0045039	.0019026	.0019626
<b>Civilstand*</b>	.0210625	.0062198	.0021727
<b>Køn*</b>	-.0049325	-.00146	.000684
<b>Etnicitet**</b>	-.0029712	-.0011591	.000643
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.0686379	.0283563	.0124737
<b>Indkomst*</b>	.0864408	.0271292	.009279
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.5350628	.1890199	.0237471
<b>Ryglidelser*</b>	.3424306	-.0189398	.0095334
<b>Uddannelse****</b>	.0606435	.0184937	.009775
<b>Alder*</b>	-.1289467	.0544709	.0138743
<b>Civilstand*</b>	.1588256	.0469017	.00894
<b>Køn*</b>	-.2061438	-.061017	.0103172
<b>Etnicitet*</b>	-.0441321	-.0172165	.0100371
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3152596	.2695788	.0138096
<b>Ryglidelser*</b>	.0625665	.0499224	.0129214
<b>Uddannelse*</b>	-.0878876	-.0648756	.0116214
<b>Alder*</b>	.141211	.1443902	.016439
<b>Køn*</b>	-.0718631	-.0514874	.0109317
<b>Indirekte arbejdsmarkedspå social eksklusion</b>			
<b>Ryglidelser*</b>	.1132277	.0903454	.0059775

Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3152596	.2695788	.0138096
<b>Ryglidelser*</b>	.1757943	.1402678	.0126744
<b>Uddannelse*</b>	-.0878876	-.0648756	.0116214
<b>Alder*</b>	.141211	.1443902	.016439
<b>Køn*</b>	-.0718631	-.0514874	.0109317
Direkte effekter på indkomst			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2405453	-.316639	.0202709
<b>Ryglidelser*</b>	.0052843	.0055502	.0162454
<b>Uddannelse*</b>	.1151711	.1119089	.0157347
<b>Alder*</b>	-.0600247	-.0807916	.0235463
<b>Civilstand*</b>	.2436642	.2292673	.0162692
<b>Etnicitet*</b>	-.0343724	-.0427251	.0186624
Indirekte effekt indkomst			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.0758342	-.0853592	.0043726
<b>Ryglidelser*</b>	-.0422865	-.0444143	.0049184
<b>Uddannelse*</b>	.021141	.0205422	.0039077
<b>Alder*</b>	-.0339677	-.0457196	.0059717
<b>Køn*</b>	.0172863	.0163029	.0036153
Total effekt på indkomst			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2405453	-.316639	.0202709
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.0758342	-.0853592	.0043726
<b>Ryglidelser*</b>	-.0370022	-.0388641	.0165067
<b>Uddannelse*</b>	.1363121	.1324511	.0160881
<b>Alder*</b>	-.0939923	-.1265112	.0239343
<b>Civilstand*</b>	.2436642	.2292673	.0162692
<b>Køn*</b>	.0172863	.0163029	.0036153
<b>Etnicitet*</b>	-.0343724	-.0427251	.0186624
Total effekt på sygdommens sværhedsgrad			
<b>Ryglidelser*</b>	.3591572	.3351354	.0140333

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke  
signifikant

## Den politiske dimension

*Fit statistics, den politiske dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.07
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.85
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.061

*Forklaringskraft den politiske dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.44

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimator, den politiske dimension<sup>70</sup>*

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standardfejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	-.0323036	-.009437	.0111805
<b>Sygdommens sværhedsgrad**</b>	.1035333	.025836	.013003
<b>Indkomst***</b>	.000756	.0001615	.0078477
<b>Uddannelse*</b>	-.1313106	-.0268823	.007932
<b>INDIVIDUEL1*</b>	.1183015	.0773159	.0419778
<b>INDIVIDUEL2*****</b>	.5663436	.1973687	7.30663

---

<sup>70</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

			3
<b>SOCIAL*</b>	.2463962	.0879782	.0232021
<b>Ryglidelser*</b>	.0237996	.0052139	3.983.238
<b>Alder****</b>	-.0339929	-.0096844	.0116519
<b>Køn**</b>	.1192262	.0240203	.0076192
<b>Etnicitet**</b>	.019621	.0058628	.0101071
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	-.0001791	-.0000523	.51606
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	-.0106201	-.0026502	.000191
<b>Uddannelse</b>	.0021495	.0004401	.0001553
<b>Ryglidelser*</b>	.1297944	.0151681	.3983234
<b>Alder</b>	-.049978	-.0142385	.0042867
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	-.0324827	-.0094894	.0111805
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	.0929132	.0231858	.0130044
<b>Indkomst</b>	.000756	.0001615	.0078477
<b>Uddannelse</b>	-.1291611	-.0264423	.0079336
<b>INDIVIDUEL1</b>	.1183015	.0773159	.0419778
<b>INDIVIDUEL2</b>	.5663436	.1973687	.7306633
<b>SOCIAL</b>	-.2463962	-.0879782	.0232021
<b>Ryglidelser*</b>	.15359399	.0099541	.0078255
<b>Alder</b>	-.0839708	-.0239229	.0114811
<b>Køn</b>	.1192262	.0240203	.0076192
<b>Etnicitet</b>	.019621	.0058628	.0101071
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	.3269457	.2792773	.0201275
<b>Uddannelse</b>	-.0627427	-.0439688	.0163649
<b>Ryglidelser*</b>	.0677429	.0508012	.0178723
<b>Alder</b>	.1305902	.1273533	.0231594
<b>Indirekte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			

<b>Ryglidelser*</b>	.1239574	.0929572	.0085794
<b>Alder</b>	-.0222345	-.0216834	.0081828
<b>Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	.3269457	.2792773	.0201275
<b>Uddannelse</b>	-.0627427	-.0439688	.0163649
<b>Ryglidelser*</b>	.1917003	.1437584	.0174753
<b>Alder</b>	.1083557	.10567	.0216407
<b>Direkte effekt på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	-.2369422	-.3239887	.0319245
<b>Uddannelse</b>	.1474508	.1412916	.0233141
<b>Ryglidelser*</b>	.0101549	.010413	.024082
<b>Alder</b>	.0468949	.0625336	.0332127
<b>Indirekte effekt på indkomst</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	-.0774672	-.0904827	.0065211
<b>Uddannelse</b>	.0148664	.0142454	.0053021
<b>Ryglidelser*</b>	-.0454219	-.0465761	.0072883
<b>Alder</b>	.0265788	.0354424	.0148719
<b>Total effekt på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	-.2369422	-.3239887	.0319245
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	-.0774672	-.0904827	.0065211
<b>Uddannelse</b>	.1623172	.155537	.0239094
<b>Ryglidelser*</b>	-.0352669	-.0361631	.0243225
<b>Alder</b>	.0734738	.097976	.0318466
<b>Total effekt på sygdommens sværhedsgrad</b>			
<b>Ryglidelser*</b>	.3791375	.332849	.0191904
<b>Total effekt INDIVIDUEL 1</b>			
<b>Ryglidelser*</b>	.2296619	.0769849	.0128063
<b>Total effekt INDIVIDUEL 2</b>			
<b>Ryglidelser*</b>	.0867203	.0545152	.0260035
<b>Total Effekt SOCIAL</b>			

<b>Ryglidelser*</b>	.057867	.0355046	.0197431
<b>Total effekt uddannelse</b>			
<b>Alder*</b>	.3543751	.4931526	.0307403

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant



# Appendix G: Hjertesygdomme, output tabeller

## Den psykologisk, individuelle dimension

*Fit statistics, den psykologisk individuelle dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.07
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.9
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.045

*Forklaringskraft den psykologisk individuelle dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Individuel social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.72

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimator, den psykologisk individuelle dimension<sup>71</sup>*

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standardfejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	-.0176242	-.0078459	.0056779
<b>Indkomst*</b>	-.0387881	-.016103	.0049444

---

<sup>71</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.8353994	.3553794	.0090569
<b>Hjertesygdomme*</b>	.0106088	.0048794	.0052806
<b>Uddannelse*</b>	.1368861	.055873	.0049708
<b>Alder*</b>	-.1747127	-.093833	.0076853
<b>Civilstand****</b>	-.0116345	-.0047617	.0050977
<b>Køn*</b>	-.0381357	-.0147886	.0042731
<b>Etnicitet*</b>	.0345214	.0180712	.0056344
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.011123	.0049517	.0001565
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.0025132	-.0010691	.0000242
<b>Hjertesygdomme*</b>	.165053	.0759138	.0040467
<b>Uddannelse***</b>	-.0042667	-.0017416	.0009112
<b>Alder*</b>	.001097	.0005891	.0015042
<b>Civilstand*</b>	-.0099413	-.0040688	.001259
<b>Køn*</b>	.0003003	.0001164	.0002215
<b>Etnicitet**</b>	.0021924	.0011477	.0003941
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.0065013	-.0028942	.0056801
<b>Indkomst*</b>	-.0387881	-.016103	.0049444
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.8328861	.3543102	.0090569
<b>Hjertesygdomme*</b>	.1756618	.0807931	.0065287
<b>Uddannelse***</b>	.1326194	.0541315	.0049216
<b>Alder*</b>	-.1736158	-.0932439	.0075817
<b>Civilstand*</b>	-.0215759	-.0088305	.0049502
<b>Køn*</b>	-.0378355	-.0146722	.0042653
<b>Etnicitet*</b>	.0367139	.0192189	.0056313
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3865752	.3694017	.0083546
<b>Hjertesygdomme*</b>	.0405221	.0418655	.0093568
<b>Uddannelse*</b>	-.1257706	-.1153157	.0080023

<b>Alder*</b>	.2161967	.2608237	.0110356
<b>Køn*</b>	-.0461836	-.0402299	.0074331
<b>Indirekte arbejdsmarkedspå social eksklusion</b>			
<b>Hjertesygdomme*</b>	.0766623	.0792038	.0041579
<b>Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3865752	.3694017	.0083546
<b>Hjertesygdomme*</b>	.1171844	.1210692	.0099642
<b>Uddannelse*</b>	-.1257706	-.1153157	.0080023
<b>Alder*</b>	.2161967	.2608237	.0110356
<b>Køn*</b>	-.0461836	-.0402299	.0074331
<b>Direkte effekter på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.286762	-.3075008	.0097188
<b>Hjertesygdomme*</b>	-.0037516	-.0041563	.0102467
<b>Uddannelse*</b>	.1310814	.1288769	.0090752
<b>Alder*</b>	-.0645176	-.0834643	.0134522
<b>Civilstand*</b>	.2562989	.2526708	.0096804
<b>Etnicitet*</b>	-.0565237	-.0712724	.01096
<b>Indirekte effekt indkomst</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1108551	-.1135913	.002569
<b>Hjertesygdomme*</b>	-.033604	-.0372289	.0032822
<b>Uddannelse*</b>	.0360662	.0354597	.0027039
<b>Alder*</b>	-.061997	-.0802035	.0042357
<b>Køn*</b>	.0132437	.0123707	.0023189
<b>Total effekt på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.286762	-.3075008	.0097188
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1108551	-.1135913	.002569
<b>Hjertesygdomme*</b>	-.0373557	-.0413852	.0106431
<b>Uddannelse*</b>	.1671476	.1643366	.0093094
<b>Alder*</b>	-.1265146	-.1636677	.0135218
<b>Civilstand*</b>	.2562989	.2526708	.0096804

<b>Køn*</b>	.0132437	.0123707	.0023189
<b>Etnicitet*</b>	-.0565237	-.0712724	.01096
<b>Total effekt på sygdommens sværhedsgrad</b>			
<b>Hjertesygdomme*</b>	.1983115	.214411	.0101576

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\*\* signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant

## Den livstilmæssige, individuelle dimension

*Fit statistics, livstilmæssige, individuelle dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.06
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.9
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.038

*Forklaringskraft den livstilmæssige, individuelle dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Individuel social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.76

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimer, den livstilmæssige, individuelle dimension<sup>72</sup>*

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standard fejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	.0265139	.0071361	.0066505
<b>Indkomst*</b>	-.1023996	-.0259039	.0066285
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.2020105	.0524521	.0076579
<b>Hjertesygdomme*</b>	-.0764447	-.0213549	.0064935

---

<sup>72</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Uddannelse*</b>	-.251628	-.0626084	.007119
<b>Alder*</b>	-.0778261	-.0257732	.0082303
<b>Civilstand****</b>	-.2171835	-.0550829	.0072824
<b>Køn*</b>	.686227	.1626057	.0103799
<b>Etnicitet*</b>	-.1299971	-.0406831	.0068395
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.0283866	.0076402	.0002508
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.0218957	.0056852	.0001245
<b>Hjertesygdomme*</b>	.0463744	.0129547	.0018653
<b>Uddannelse*</b>	-.0215595	-.0053643	.0013478
<b>Alder*</b>	.019486	.0064531	.0020545
<b>Civilstand*</b>	-.0271678	-.0068904	.0017813
<b>Køn*</b>	-.0023727	-.0005622	.0002787
<b>Etnicitet**</b>	.0060412	.0018906	.0005587
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.0549005	.0147763	.0066552
<b>Indkomst*</b>	-.1023996	-.0259039	.0066285
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.2239062	.0581373	.007659
<b>Hjertesygdomme*</b>	-.0300703	-.0084002	.0061564
<b>Uddannelse***</b>	-.2731874	-.0679727	.0075307
<b>Alder*</b>	-.0583401	-.0193201	.0080798
<b>Civilstand*</b>	-.2443513	-.0619733	.0073538
<b>Køn*</b>	.6838544	.1620435	.010304
<b>Etnicitet*</b>	-.1239559	-.0387925	.0067641
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3988261	.3847531	.0084254
<b>Hjertesygdomme*</b>	.0348032	.0361226	.0093722
<b>Uddannelse*</b>	-.127379	-.1177556	.0080568
<b>Alder*</b>	.2186727	.2690589	.0112072
<b>Køn*</b>	-.0432175	-.0380485	.0075056

Indirekte arbejdsmarkedspå social eksklusion			
<b>Hjertesygdomme*</b>	.0774662	.0804031	.0042935
Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3988261	.3847531	.0084254
<b>Hjertesygdomme*</b>	.1122694	.1165257	.0100457
<b>Uddannelse*</b>	-.127379	-.1177556	.0080568
<b>Alder*</b>	.2186727	.2690589	.0112072
<b>Køn*</b>	-.0432175	-.0380485	.0075056
Direkte effekter på indkomst			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2772138	-.294943	.0096834
<b>Hjertesygdomme*</b>	-.0095029	-.010494	.0102077
<b>Uddannelse*</b>	.1422497	.1399131	.0090731
<b>Alder*</b>	-.0730548	-.0956368	.0135315
<b>Civilstand*</b>	.2653116	.2659988	.0097731
<b>Etnicitet*</b>	-.0589961	-.0729856	.0107912
Indirekte effekt indkomst			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1105601	-.1134803	.002485
<b>Hjertesygdomme*</b>	-.0311226	-.0343684	.0031705
<b>Uddannelse*</b>	.0353112	.0347312	.0026357
<b>Alder*</b>	-.0606191	-.0793571	.0042089
<b>Køn*</b>	.0119805	.0112221	.0022442
Total effekt på indkomst			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2772138	-.294943	.0096834
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1105601	-.1134803	.002485
<b>Hjertesygdomme*</b>	-.0406256	-.0448624	.0105822
<b>Uddannelse*</b>	.1775609	.1746443	.0092801
<b>Alder*</b>	-.1336739	-.1749938	.0135527
<b>Civilstand*</b>	.2653116	.2659988	.0097731
<b>Køn*</b>	.0119805	.0112221	.0022442
<b>Etnicitet*</b>	-.0589961	-.0729856	.0107912

Total effekt på sygdommens sværhedsgrad			
<b>Hjertesygdomme*</b>	.1942356	.2089731	.0101776

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant



## Den sociale dimension

*Fit statistics, den sociale dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.06
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.9
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.034

*Forklaringskraft den sociale dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.35

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimator, den sociale dimension<sup>73</sup>*

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standardfejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	-.1035165	-.0465326	.0140828
<b>Indkomst*</b>	-.0974955	-.0332162	.0104972
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.5082776	.1957401	.0240337
<b>Hjertesygdomme*</b>	.0675574	.0272006	.0116308
<b>Uddannelse*</b>	-.0734399	-.0242942	.0113943
<b>Alder*</b>	.0646673	.0296284	.018907

---

<sup>73</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Civilstand****</b>	-.1089435	-.034998	.0102443
<b>Køn*</b>	.2003761	.064359	.0111591
<b>Etnicitet*</b>	.0475311	.0200957	.0112232
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.0229767	.0103285	.0006671
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.0269667	-.010385	.0004749
<b>Hjertesygdomme*</b>	.0709127	.0285516	.0047398
<b>Uddannelse*</b>	-.0037108	-.0012275	.0015263
<b>Alder*</b>	-.0062914	-.0028825	.0023279
<b>Civilstand*</b>	-.0237628	-.0076338	.0024736
<b>Køn*</b>	.0052776	.0016951	.0007394
<b>Etnicitet**</b>	.0039361	.0016642	.0008132
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.0805398	-.0362041	.0140986
<b>Indkomst*</b>	-.0974955	-.0332162	.0104972
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.4813109	.1853551	.0240384
<b>Hjertesygdomme*</b>	.13847	.0557522	.0131315
<b>Uddannelse****</b>	-.0771507	-.0255217	.0114465
<b>Alder*</b>	.0583759	.0267459	.0190282
<b>Civilstand*</b>	-.1327064	-.0426318	.0099518
<b>Køn*</b>	.2056537	.0660541	.0112783
<b>Etnicitet*</b>	.0514672	.0217599	.0112596
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.334825	.2868463	.0131184
<b>Hjertesygdomme*</b>	.0084492	.0075678	.0142709
<b>Uddannelse*</b>	-.0907152	-.0667578	.0116467
<b>Alder*</b>	.1487684	.1516304	.0170922
<b>Køn*</b>	-.0655278	-.0468211	.0109247
<b>Indirekte arbejdsmarkedspå social eksklusion</b>			
<b>Hjertesygdomme*</b>	.0494867	.0443248	.005198

Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.334825	.2868463	.0131184
<b>Hjertesygdomme*</b>	.0579358	.0518926	.0149563
<b>Uddannelse*</b>	-.0907152	-.0667578	.0116467
<b>Alder*</b>	.1487684	.1516304	.0170922
<b>Køn*</b>	-.0655278	-.0468211	.0109247
Direkte effekter på indkomst			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2356698	-.3109466	.0200828
<b>Hjertesygdomme*</b>	-.0046779	-.0055284	.0188453
<b>Uddannelse*</b>	.1129996	.1097188	.0157576
<b>Alder*</b>	-.0583652	-.0784895	.0246476
<b>Civilstand*</b>	.2437329	.2298215	.0164458
<b>Etnicitet*</b>	-.0403724	-.0501008	.0186716
Indirekte effekt indkomst			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.0789081	-.0891939	.0040791
<b>Hjertesygdomme*</b>	-.0136537	-.0161358	.0047659
<b>Uddannelse*</b>	.0213788	.0207581	.0038617
<b>Alder*</b>	-.0350602	-.047149	.0061253
<b>Køn*</b>	.0154429	.0145589	.0035247
Total effekt på indkomst			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2356698	-.3109466	.0200828
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.0789081	-.0891939	.0040791
<b>Hjertesygdomme*</b>	-.0183317	-.0216642	.0193901
<b>Uddannelse*</b>	.1343784	.1304769	.0160803
<b>Alder*</b>	-.0934255	-.1256384	.0250168
<b>Civilstand*</b>	.2437329	.2298215	.0164458
<b>Køn*</b>	.0154429	.0145589	.0035247
<b>Etnicitet*</b>	-.0403724	-.0501008	.0186716
Total effekt på sygdommens sværhedsgrad			
<b>Hjertesygdomme*</b>	.1477986	.1545245	.0166865

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke  
signifikant

## Den politiske dimension

*Fit statistics, den politiske dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.07
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.85
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.051

*Forklaringskraft den politiske dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.53

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimator, den politiske dimension<sup>74</sup>*

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standardfejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	-.034228	-.0099078	.0111006
<b>Sygdommens sværhedsgrad**</b>	.1077507	.0265478	.0120081
<b>Indkomst***</b>	-.0051402	-.0010857	.0078251
<b>Uddannelse*</b>	-.125986	-.0255245	.0079064
<b>INDIVIDUEL1*</b>	.1464065	.0875896	.0385118
<b>INDIVIDUEL2*****</b>	.629536	.2364639	.1579361

---

<sup>74</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>SOCIAL*</b>	.2575028	.0926398	.0231964
<b>Hjertesygdomme*</b>	.1223288	.0309161	.9260471
<b>Alder****</b>	-.0590241	-.0166536	.0122336
<b>Køn**</b>	.1160334	.0231667	.007583
<b>Etnicitet**</b>	.0195327	.0058498	.0101697
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	.0012077	.0003496	.0000342
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	.0115799	.0028531	.0001805
<b>Uddannelse</b>	.001467	.0002972	.0001589
<b>Hjertesygdomme*</b>	.09391879	-.0152949	.9260116
<b>Alder</b>	-.0489277	-.0138049	.004287
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	-.0330203	-.0095582	.0111007
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	.1193306	.0236947	.0120095
<b>Indkomst</b>	-.0051402	-.0010857	.0078251
<b>Uddannelse</b>	-.124519	-.0252273	.007908
<b>INDIVIDUEL1</b>	.1464065	.0875896	.0385118
<b>INDIVIDUEL2</b>	.629536	.2364639	.1579361
<b>SOCIAL</b>	.2575028	.0926398	.0231964
<b>Hjertesygdomme*</b>	.21624759	.0456212	.0095082
<b>Alder</b>	-.1079519	-.0304584	.0121046
<b>Køn</b>	.1160334	.0231667	.007583
<b>Etnicitet</b>	.0195327	.0058498	.0101697
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	.3506903	.2984948	.0188871
<b>Uddannelse</b>	-.0672015	-.0470347	.0164154
<b>Hjertesygdomme*</b>	.0203694	.0177844	.020253
<b>Alder</b>	.134353	.1309572	.024018
<b>Indirekte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Hjertesygdomme*</b>	.0531818	.0464327	.0077387

<b>Alder</b>	-.0238829	-.0232792	.0082527
<b>Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	.3506903	.2984948	.0188871
<b>Uddannelse</b>	-.0672015	-.0470347	.0164154
<b>Hjertesygdomme*</b>	.0735512	.064217	.0213375
<b>Alder</b>	.1104701	.107678	.0224967
<b>Direkte effekt på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	-.2349437	-.3219737	.031498
<b>Uddannelse</b>	.1463056	.140332	.0233726
<b>Hjertesygdomme*</b>	.0178854	.0214001	.0286246
<b>Alder</b>	.046359	.0619259	.0344132
<b>Indirekte effekt på indkomst</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	-.0823925	-.0961075	.0060811
<b>Uddannelse</b>	.0157886	.0151439	.0052853
<b>Hjertesygdomme*</b>	-.0172804	-.0206762	.0071617
<b>Alder</b>	.0260416	.0347861	.0150746
<b>Total effekt på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	-.2349437	-.3219737	.031498
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	-.0823925	-.0961075	.0060811
<b>Uddannelse</b>	.1620942	.1554759	.0239628
<b>Hjertesygdomme*</b>	.000605	.0007239	.0293824
<b>Alder</b>	.0724006	.0967121	.0330239
<b>Total effekt på sygdommens sværhedsgrad</b>			
<b>Hjertesygdomme*</b>	.151649	.155556	.0239846
<b>Total effekt INDIVIDUEL 1</b>			
<b>Hjertesygdomme*</b>	.1441333	.0608875	.0154911
<b>Total effekt INDIVIDUEL 2</b>			
<b>Hjertesygdomme*</b>	.087138	.0586299	.0305676
<b>Total Effekt SOCIAL</b>			
<b>Hjertesygdomme*</b>	.006291	.0044193	.0215713

Total effekt uddannelse			
<b>Alder*</b>	.3553921	.4949378	.0307936

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant



## Appendix H: Luftvejssygdomme, output tabeller

### Den psykologisk, individuelle dimension

*Fit statistics, den psykologisk individuelle dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.07
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.9
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.045

*Forklaringskraft den psykologisk individuelle dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Individuel social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.73

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimator, den psykologisk individuelle dimension<sup>75</sup>*

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standardfejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	-.165383	-.0075891	.0057073
<b>Indkomst*</b>	-.0377473	-.016047	.0049729

---

<sup>75</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.8300579	.3598889	.0090629
<b>Luftvejssygdomme*</b>	.0028832	.0012712	.0047059
<b>Uddannelse*</b>	.1306648	.0547028	.0049861
<b>Alder*</b>	-.1649561	-.0908147	.0074444
<b>Civilstand****</b>	-.0112962	-.0047308	.0051178
<b>Køn*</b>	-.0395728	-.015721	.0042989
<b>Etnicitet*</b>	.0299246	.0161195	.0056904
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.010712	.0049155	.0001556
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.0022998	-.0009971	.0000223
<b>Luftvejssygdomme*</b>	.1523885	.0671889	.0037947
<b>Uddannelse*</b>	-.0041589	-.0017411	.0009079
<b>Alder*</b>	.0011562	.0006365	.0015798
<b>Civilstand*</b>	-.0097232	-.004072	.0012714
<b>Køn*</b>	.0002497	.0000992	.0002053
<b>Etnicitet**</b>	.0021803	.0011744	.0004045
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.0058263	-.0026736	.0057094
<b>Indkomst*</b>	-.0377473	-.016047	.0049729
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.8277581	.3588918	.0090629
<b>Luftvejssygdomme*</b>	.1552718	.0684602	.0059103
<b>Uddannelse****</b>	.1265059	.0529616	.0049364
<b>Alder*</b>	-.1637999	-.0901782	.0073172
<b>Civilstand*</b>	-.0210194	-.0088028	.0049679
<b>Køn*</b>	-.0393231	-.0156218	.0042919
<b>Etnicitet*</b>	.0321049	.017294	.0056865
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3947358	.3729648	.0083269
<b>Luftvejssygdomme*</b>	.0219495	.0210897	.0082892
<b>Uddannelse*</b>	-.1255286	-.1145235	.007986

<b>Alder*</b>	.2281121	.2736764	.010487
<b>Køn*</b>	-.0428559	-.0371017	.0074256
<b>Indirekte arbejdsmarkedspå social eksklusion</b>			
<b>Luftvejssygdomme*</b>	.0723895	.0695541	.0038925
<b>Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3947358	.3729648	.0083269
<b>Luftvejssygdomme*</b>	.0219495	.0210897	.0082892
<b>Uddannelse*</b>	-.1255286	-.1145235	.007986
<b>Alder*</b>	.2281121	.2736764	.010487
<b>Køn*</b>	-.0428559	-.0371017	.0074256
<b>Direkte effekter på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2837809	-.3063197	.0096992
<b>Luftvejssygdomme*</b>	-.0189698	-.0196744	.0090389
<b>Uddannelse*</b>	.1295529	.1275824	.0090545
<b>Alder*</b>	-.0658391	-.0852638	.0128727
<b>Civilstand*</b>	.2575858	.2537563	.0096482
<b>Etnicitet*</b>	-.0577596	-.0731881	.0109989
<b>Indirekte effekt indkomst</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1120185	-.1142464	.0025507
<b>Luftvejssygdomme*</b>	-.0267716	-.027766	.0028642
<b>Uddannelse*</b>	.0356226	.0350808	.0026866
<b>Alder*</b>	-.0647338	-.0838325	.0041672
<b>Køn*</b>	.011365	.0023029	.0121617
<b>Total effekt på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2837809	-.3063197	.0096992
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1120185	-.1142464	.0025507
<b>Luftvejssygdomme*</b>	-.0457414	-.0474404	.009402
<b>Uddannelse*</b>	.1651755	.1626632	.0092841
<b>Alder*</b>	-.1305729	-.1690963	.0128058
<b>Civilstand*</b>	.2575858	.2537563	.0096482

<b>Køn*</b>	.0121617	.011365	.0023029
<b>Etnicitet*</b>	-.0577596	-.0731881	.0109989
<b>Total effekt på sygdommens sværhedsgrad</b>			
<b>Luftvejssygdomme*</b>	.1833873	.1864897	.0095703

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\*\* signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant

## Den livstilmæssige, individuelle dimension

*Fit statistics, livstilmæssige, individuelle dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.06
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.9
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.039

*Forklaringskraft den livstilmæssige, individuelle dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Individuel social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.78

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimer, den livstilmæssige, individuelle dimension<sup>76</sup>*

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standard fejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	.0418914	.012046	.0071693
<b>Indkomst*</b>	-.1077079	-.0289635	.0070521
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.1763544	.0485649	.0077271
<b>Luftvejssygdomme*</b>	.1265638	.0356874	.0064455

---

<sup>76</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Uddannelse*</b>	-.2483092	-.0657266	.0073063
<b>Alder*</b>	-.0947164	-.0333568	.0085252
<b>Civilstand****</b>	-.2169411	-.0584204	.0076514
<b>Køn*</b>	.678683	.1709002	.010121
<b>Etnicitet*</b>	-.1269504	-.0422683	.0072431
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.0296713	.0085321	.0002797
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.0289582	.0079746	.0001738
<b>Luftvejssygdomme*</b>	.0413985	.0116732	.001704
<b>Uddannelse*</b>	-.0244567	-.0064736	.0014447
<b>Alder*</b>	.024472	.0086185	.0022964
<b>Civilstand*</b>	-.0285883	-.0076986	.0018956
<b>Køn*</b>	-.0029131	-.0007336	.0003008
<b>Etnicitet**</b>	.0065845	.0021923	.0006185
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.0715628	.020578	.0071747
<b>Indkomst*</b>	-.1077079	-.0289635	.0070521
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.2053126	.0565395	.0077291
<b>Luftvejssygdomme*</b>	.1679623	.0473606	.0068686
<b>Uddannelse***</b>	-.2727659	-.0722002	.0077112
<b>Alder*</b>	-.0702444	-.0247384	.0083061
<b>Civilstand*</b>	-.2455294	-.0661189	.0077006
<b>Køn*</b>	.6757699	.1701667	.0100437
<b>Etnicitet*</b>	-.1203659	-.040076	.0071711
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.4046546	.3875292	.0084436
<b>Luftvejssygdomme*</b>	.0176114	.0172697	.0084658
<b>Uddannelse*</b>	-.1280555	-.1178772	.0080486
<b>Alder*</b>	.2291932	.2807014	.0106827
<b>Køn*</b>	-.0407074	-.0356478	.0075066

Indirekte arbejdsmarkedspå social eksklusion			
<b>Luftvejssygdomme*</b>	.075502	.0740367	.0040868
Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.4046546	.3875292	.0084436
<b>Luftvejssygdomme*</b>	.0931134	.0913064	.0091278
<b>Uddannelse*</b>	-.1280555	-.1178772	.0080486
<b>Alder*</b>	.2291932	.2807014	.0106827
<b>Køn*</b>	-.0407074	-.0356478	.0075066
Direkte effekter på indkomst			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2754798	-.2945798	.0096564
<b>Luftvejssygdomme*</b>	-.0169927	-.0178182	.0091628
<b>Uddannelse*</b>	.1419831	.1397595	.0090469
<b>Alder*</b>	-.074928	-.0981296	.0129725
<b>Civilstand*</b>	.2654246	.2658031	.0097432
<b>Etnicitet*</b>	-.0611332	-.0756928	.0107867
Indirekte effekt indkomst			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1114742	-.1141583	.0024873
<b>Luftvejssygdomme*</b>	-.0256509	-.026897	.0028297
<b>Uddannelse*</b>	.0352767	.0347242	.00263
<b>Alder*</b>	-.0631381	-.082689	.0041533
<b>Køn*</b>	.0112141	.0105011	.0022379
Total effekt på indkomst			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2754798	-.2945798	.0096564
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1114742	-.1141583	.0024873
<b>Luftvejssygdomme*</b>	-.0426435	-.0447152	.0095119
<b>Uddannelse*</b>	.1772598	.1744838	.0092508
<b>Alder*</b>	-.1380661	-.1808185	.0128695
<b>Civilstand*</b>	.2654246	.2658031	.0097432
<b>Køn*</b>	.0112141	.0105011	.0022379
<b>Etnicitet*</b>	-.0611332	-.0756928	.0107867

Total effekt på sygdommens sværhedsgrad			
<b>Luftvejssygdomme*</b>	.1865837	.1910481	.0096896

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant



## Den sociale dimension

*Fit statistics, den sociale dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.06
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.9
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.038

*Forklaringskraft den sociale dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.35

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimator, den sociale dimension<sup>77</sup>*

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standardfejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	.0981135	.0431555	.0131905
<b>Indkomst*</b>	.0909379	.0304997	.0098664
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.5288274	.1981941	.0228964
<b>Luftvejssygdomme*</b>	.013113	.0048116	.0094239
<b>Uddannelse*</b>	.0612296	.0199667	.0104859
<b>Alder*</b>	-.1069077	-.0481507	.0154402

---

<sup>77</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Civilstand****</b>	.1360259	.0428451	.0096239
<b>Køn*</b>	-.189437	-.0598262	.0103396
<b>Etnicitet*</b>	-.0398449	-.0166097	.0106754
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.0216082	-.0095044	.0006058
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.0263276	.0098671	.0004402
<b>Luftvejssygdomme*</b>	.0889204	.0310789	.0046767
<b>Uddannelse*</b>	.0035094	.0011444	.0014527
<b>Alder*</b>	.0065771	.0029623	.0022269
<b>Civilstand*</b>	.0221176	.0069665	.0023071
<b>Køn*</b>	-.0049462	-.0015621	.0006894
<b>Etnicitet**</b>	-.0034767	-.0014493	.0007363
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.0765053	.033651	.0132044
<b>Indkomst*</b>	.0909379	.0304997	.0098664
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.555155	-.1883271	.0229006
<b>Luftvejssygdomme*</b>	.10203336	-.0262672	.0103799
<b>Uddannelse****</b>	.064739	.0211111	.0105162
<b>Alder*</b>	-.1003305	-.0451884	.0154883
<b>Civilstand*</b>	.1581435	.0498116	.009462
<b>Køn*</b>	-.1943833	-.0613883	.0104342
<b>Etnicitet*</b>	-.0433217	-.018059	.0106986
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3441274	.2932169	.0130811
<b>Luftvejssygdomme*</b>	.0173068	.0144378	.0126079
<b>Uddannelse*</b>	-.0898493	-.0666121	.0116598
<b>Alder*</b>	.1532867	.1569606	.0163128
<b>Køn*</b>	-.0646522	-.0464198	.0109258
<b>Indirekte arbejdsmarkedspå social eksklusion</b>			
<b>Luftvejssygdomme*</b>	.0578669	.048274	.0050368

Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion			
Sygdommens sværhedsgrad*	.3441274	.2932169	.0130811
Luftvejssygdomme*	.0751737	.0627118	.013231
Uddannelse*	-.0898493	-.0666121	.0116598
Alder*	.1532867	.1569606	.0163128
Køn*	-.0646522	-.0464198	.0109258
Direkte effekter på indkomst			
Arbejdsmarkedseksklusion*	-.2376153	-.3116236	.0198636
Luftvejssygdomme*	-.0167615	-.018338	.0164096
Uddannelse*	.1141806	.1110163	.0156873
Alder*	-.0566332	-.0760525	.023183
Civilstand*	.2432162	.2284129	.0161968
Etnicitet*	-.0382319	-.0475185	.0186163
Indirekte effekt indkomst			
Sygdommens sværhedsgrad*	-.0817699	-.0913733	.0040764
Luftvejssygdomme*	-.0178624	-.0195425	.0043072
Uddannelse*	.0213496	.0207579	.0038669
Alder*	-.0364233	-.0489126	.0059634
Køn*	.0153623	.0144655	.0035274
Total effekt på indkomst			
Arbejdsmarkedseksklusion*	-.2376153	-.3116236	.0198636
Sygdommens sværhedsgrad*	-.0817699	-.0913733	.0040764
Luftvejssygdomme*	-.0346239	-.0378805	.0168711
Uddannelse*	.1355301	.1317742	.0160169
Alder*	-.0930565	-.1249652	.023447
Civilstand*	.2432162	.2284129	.0161968
Køn*	.0153623	.0144655	.0035274
Etnicitet*	-.0382319	-.0475185	.0186163
Total effekt på sygdommens sværhedsgrad			
Luftvejssygdomme*	.1681555	.1646359	.0155283

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke  
signifikant

## Den politiske dimension

*Fit statistics, den politiske dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.07
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.87
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.051

*Forklaringskraft den politiske dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.59

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimator, den politiske dimension<sup>78</sup>*

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standardfejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	-.0347803	-.0102641	.01129
<b>Sygdommens sværhedsgrad**</b>	.1159303	.0291891	.0123302
<b>Indkomst***</b>	-.0035206	-.0007562	.0079337
<b>Uddannelse*</b>	-.119784	-.024749	.0079835
<b>INDIVIDUEL1*</b>	.132954	.0838742	.0402744
<b>INDIVIDUEL2*****</b>	.6784854	.2835359	.4543049

---

<sup>78</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>SOCIAL*</b>	.257299	.0952859	.0238604
<b>Luftvejssygdomme*</b>	.0395944	.0090185	.0420383
<b>Alder****</b>	-.039669	-.0113673	.01179
<b>Køn**</b>	.1212007	.0245778	.0076679
<b>Etnicitet**</b>	.0218866	.0065843	.0102012
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	.0008275	.0002442	.0000238
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	-.0119687	-.0030135	.0001908
<b>Uddannelse</b>	.0016449	.0003399	.0001656
<b>Luftvejssygdomme*</b>	.0645781	.000649	.0416548
<b>Alder</b>	-.0469026	-.0134402	.0043272
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	-.0339529	-.0100199	.01129
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	.1039616	.0261756	.0123317
<b>Indkomst</b>	-.0035206	-.0007562	.0079337
<b>Uddannelse</b>	-.1181391	-.0244091	.0079852
<b>INDIVIDUEL1</b>	.132954	.0838742	.0402744
<b>INDIVIDUEL2</b>	.6784854	.2835359	.4543049
<b>SOCIAL</b>	-.257299	-.0952859	.0238604
<b>Luftvejssygdomme*</b>	.1041725	-.0090834	.0080149
<b>Alder</b>	-.0865716	-.0248075	.0115891
<b>Køn</b>	.1212007	.0245778	.0076679
<b>Etnicitet</b>	.0218866	.0065843	.0102012
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	.3525088	.3007512	.0190447
<b>Uddannelse</b>	-.0635765	-.0445112	.016431
<b>Luftvejssygdomme*</b>	.009768	.0075391	.0171005
<b>Alder</b>	.1397191	.135668	.0229004
<b>Indirekte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Luftvejssygdomme*</b>	.0545566	.0421075	.0068884

<b>Alder</b>	-0.0225958	-0.0219407	.0082132
<b>Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	.3525088	.3007512	.0190447
<b>Uddannelse</b>	-.0635765	-.0445112	.016431
<b>Luftvejssygdomme*</b>	.0643246	.0496466	.0180438
<b>Alder</b>	.1171233	.1137273	.0214047
<b>Direkte effekt på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	-.2350342	-.3229288	.0314724
<b>Uddannelse</b>	.1459168	.1403634	.0233837
<b>Luftvejssygdomme*</b>	.0120244	.0127512	.0240611
<b>Alder</b>	.0484888	.0646903	.0328058
<b>Indirekte effekt på indkomst</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	-.0828516	-.0971212	.0061501
<b>Uddannelse</b>	.0149426	.0143739	.0053061
<b>Luftvejssygdomme*</b>	-.0151185	-.0160323	.0060327
<b>Alder</b>	.0243326	.0324628	.0149236
<b>Total effekt på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	-.2350342	-.3229288	.0314724
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	-.0828516	-.0971212	.0061501
<b>Uddannelse</b>	.1608595	.1547373	.0239782
<b>Luftvejssygdomme*</b>	-.0030941	-.0032811	.0247068
<b>Alder</b>	.0728215	.0971531	.0313634
<b>Total effekt på sygdommens sværhedsgrad</b>			
<b>Luftvejssygdomme*</b>	.1547666	.1400078	.0211185
<b>Total effekt INDIVIDUEL 1</b>			
<b>Luftvejssygdomme*</b>	.1510818	.0545487	.0132597
<b>Total effekt INDIVIDUEL 2</b>			
<b>Luftvejssygdomme*</b>	.0165038	.0089953	.0267763
<b>Total Effekt SOCIAL</b>			
<b>Luftvejssygdomme*</b>	.0594	.0365338	.0188944

Total effekt uddannelse			
<b>Alder*</b>	.3554119	.4929251	.0306322

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant



# Appendix I: Hjerneblødning mv., output tabeller

## Den psykologisk, individuelle dimension

*Fit statistics, den psykologisk individuelle dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.07
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.9
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.044

*Forklaringskraft den psykologisk individuelle dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Individuel social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.72

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimator, den psykologisk individuelle dimension<sup>79</sup>*

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standardfejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	-.015606	-.0071372	.0057815
<b>Indkomst*</b>	-.0376919	-.0158979	.005001

---

<sup>79</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.8239582	.360003	.0091903
<b>Hjerneblødning*</b>	-.0068995	-.0045487	.0071068
<b>Uddannelse*</b>	.1369552	.056842	.0050358
<b>Alder*</b>	-.1694365	-.092504	.0075061
<b>Civilstand****</b>	-.0120289	-.0049942	.0051577
<b>Køn*</b>	-.0382619	-.0150742	.0043292
<b>Etnicitet*</b>	.0353792	.0189695	.0057496
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.0107308	.0049076	.0001567
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.0018707	-.0008174	.0000186
<b>Hjerneblødning*</b>	.0828127	.0545969	.005403
<b>Uddannelse*</b>	-.0042642	-.0017698	.0009038
<b>Alder*</b>	.0014086	.0007691	.0015448
<b>Civilstand*</b>	-.0097468	-.0040467	.0012823
<b>Køn*</b>	.0002251	.0000887	.0002226
<b>Etnicitet**</b>	.0020436	.0010958	.0003874
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.0048751	-.0022296	.0057837
<b>Indkomst*</b>	-.0376919	-.0158979	.005001
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.8220875	.3591857	.0091903
<b>Hjerneblødning*</b>	.0759132	.0500482	.008799
<b>Uddannelse****</b>	.132691	.0550722	.0049866
<b>Alder*</b>	-.1680278	-.0917349	.007385
<b>Civilstand*</b>	-.0217757	-.0090409	.0050069
<b>Køn*</b>	-.0380368	-.0149855	.0043213
<b>Etnicitet*</b>	.0374228	.0200652	.0057468
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3837306	.3665963	.0083388
<b>Hjerneblødning*</b>	.0899249	.1296319	.0123637
<b>Uddannelse*</b>	-.1231234	-.1117357	.0079753

<b>Alder*</b>	.2205492	.2632812	.0104915
<b>Køn*</b>	-.0461672	-.0397705	.0074217
<b>Indirekte arbejdsmarkedspå social eksklusion</b>			
<b>Hjerneblødning*</b>	.0389644	.0561695	.005454
<b>Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3837306	.3665963	.0083388
<b>Hjerneblødning*</b>	.1288893	.1858014	.0134021
<b>Uddannelse*</b>	-.1231234	-.1117357	.0079753
<b>Alder*</b>	.2205492	.2632812	.0104915
<b>Køn*</b>	-.0461672	-.0397705	.0074217
<b>Direkte effekter på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2846985	-.3086967	.0098565
<b>Hjerneblødning*</b>	.0059572	.0093115	.0138138
<b>Uddannelse*</b>	.1290587	.1269946	.0091244
<b>Alder*</b>	-.0658988	-.0852979	.0129853
<b>Civilstand*</b>	.2585913	.2545426	.0097328
<b>Etnicitet*</b>	-.0542198	-.0689244	.011121
<b>Indirekte effekt indkomst</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1092475	-.1131671	.0025742
<b>Hjerneblødning*</b>	-.0366946	-.0573563	.0045244
<b>Uddannelse*</b>	.035053	.0344924	.0026971
<b>Alder*</b>	-.06279	-.081274	.0041501
<b>Køn*</b>	.0131437	.012277	.0023244
<b>Total effekt på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2846985	-.3086967	.0098565
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1092475	-.1131671	.0025742
<b>Hjerneblødning*</b>	-.0307374	-.0480448	.014316
<b>Uddannelse*</b>	.1641117	.161487	.0093596
<b>Alder*</b>	-.1286888	-.166572	.0129606
<b>Civilstand*</b>	.2585913	.2545426	.0097328

<b>Køn*</b>	.0131437	.012277	.0023244
<b>Etnicitet*</b>	-.0542198	-.0689244	.011121
<b>Total effekt på sygdommens sværhedsgrad</b>			
<b>Hjerneblødning*</b>	.1015411	.1532188	.0144634

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\*\*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant

## Den livsstilmæssige, individuelle dimension

*Fit statistics, livsstilmæssige, individuelle dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.06
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.94
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.038

*Forklaringskraft den livsstilmæssige, individuelle dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Individuel social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.77

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimer, den livsstilmæssige, individuelle dimension*<sup>80</sup>

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standardfejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	.037122	.0100185	.0067999
<b>Indkomst*</b>	-.1096293	-.0274987	.0067077
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.1867	.0488817	.0074871
<b>Hjerneblødning*</b>	-.0140495	-.005151	.0077519

---

<sup>80</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Uddannelse*</b>	-.2480504	-.061239	.0071134
<b>Alder*</b>	-.1047217	-.0344089	.0080348
<b>Civilstand****</b>	-.2193782	-.0551384	.0073593
<b>Køn*</b>	.6838202	.1606524	.0103555
<b>Etnicitet*</b>	-.1254207	-.0390733	.0068981
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.0301773	.0081442	.0002706
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.026467	.0069296	.0001539
<b>Hjerneblødning*</b>	.0269662	.0098866	.0017416
<b>Uddannelse*</b>	-.0239402	-.0059104	.0013596
<b>Alder*</b>	.0232361	.0076348	.0021184
<b>Civilstand*</b>	-.0291951	-.0073379	.0018103
<b>Køn*</b>	-.0029737	-.0006986	.0002977
<b>Etnicitet**</b>	.0063284	.0019716	.0005669
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.0672992	.0181627	.0068053
<b>Indkomst*</b>	-.1096293	-.0274987	.0067077
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.213167	.0558112	.0074887
<b>Hjerneblødning*</b>	.0129167	.0047356	.0077693
<b>Uddannelse***</b>	-.2719906	-.0671494	.0075325
<b>Alder*</b>	-.0814856	-.0267741	.007805
<b>Civilstand*</b>	-.2485733	-.0624763	.007454
<b>Køn*</b>	.6808466	.1599538	.0102728
<b>Etnicitet*</b>	-.1190923	-.0371018	.0068267
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3932732	.381528	.0084737
<b>Hjerneblødning*</b>	.0885592	.1203073	.0116653
<b>Uddannelse*</b>	-.1258649	-.1151393	.008033
<b>Alder*</b>	.2210075	.2690737	.0106897
<b>Køn*</b>	-.0441858	-.0384643	.0074997

Indirekte arbejdsmarkedspå social eksklusion			
<b>Hjerneblødning*</b>	.0406133	.055173	.0052973
Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3932732	.381528	.0084737
<b>Hjerneblødning*</b>	.1291726	.1754803	.012704
<b>Uddannelse*</b>	-.1258649	-.1151393	.008033
<b>Alder*</b>	.2210075	.2690737	.0106897
<b>Køn*</b>	-.0441858	-.0384643	.0074997
Direkte effekter på indkomst			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2752665	-.296168	.0098393
<b>Hjerneblødning*</b>	.0091903	.013433	.0129683
<b>Uddannelse*</b>	.1411081	.1388851	.0091325
<b>Alder*</b>	-.076279	-.0999204	.0131091
<b>Civilstand*</b>	.266308	.2668454	.0098528
<b>Etnicitet*</b>	-.0577259	-.0716964	.0109171
Indirekte effekt indkomst			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1082549	-.1129964	.0025096
<b>Hjerneblødning*</b>	-.0355569	-.0519717	.0041398
<b>Uddannelse*</b>	.0346464	.0341006	.0026351
<b>Alder*</b>	-.060836	-.079691	.0041271
<b>Køn*</b>	.0121629	.0113919	.0022532
Total effekt på indkomst			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2752665	-.296168	.0098393
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1082549	-.1129964	.0025096
<b>Hjerneblødning*</b>	-.0263666	-.0385386	.0134037
<b>Uddannelse*</b>	.1757545	.1729857	.0093399
<b>Alder*</b>	-.137115	-.1796114	.0130452
<b>Civilstand*</b>	.266308	.2668454	.0098528
<b>Køn*</b>	.0121629	.0113919	.0022532
<b>Etnicitet*</b>	-.0577259	-.0716964	.0109171

Total effekt på sygdommens sværhedsgrad			
<b>Hjerneblødning*</b>	.10327	.1446107	.013508

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant



## Den sociale dimension

*Fit statistics, den sociale dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.06
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.9
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.038

*Forklaringskraft den sociale dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.34

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimator, den sociale dimension<sup>81</sup>*

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standard fejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	-.0916827	-.0392394	.0131134
<b>Indkomst*</b>	-.0960229	-.0310662	.0098265
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.5187322	.1895032	.0239374
<b>Hjerneblødning*</b>	-.032458	-.0167137	.0133041
<b>Uddannelse*</b>	-.0620727	-.0195708	.0104748
<b>Alder*</b>	.1224843	.0534632	.0151009

---

<sup>81</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Civilstand**</b>	-.1402858	-.0427438	.0094436
<b>Køn*</b>	.1891858	.0578039	.0104862
<b>Etnicitet*</b>	.0423231	.0171291	.0104712
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.0226312	.0096859	.0006264
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.023917	-.0087374	.0003844
<b>Hjerneblødning*</b>	.038814	.0199866	.0049546
<b>Uddannelse*</b>	-.0048088	-.0015162	.0013857
<b>Alder*</b>	-.0043836	-.0019134	.0020953
<b>Civilstand*</b>	-.0238317	-.0072613	.0023526
<b>Køn*</b>	.0044157	.0013492	.0006525
<b>Etnicitet**</b>	.0033655	.0013621	.0007276
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.0690515	-.0295534	.0131283
<b>Indkomst*</b>	-.0960229	-.0310662	.0098265
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.4948152	.1807658	.0239405
<b>Hjerneblødning*</b>	.006356	.0032729	.0142803
<b>Uddannelse***</b>	-.0668815	-.021087	.0105435
<b>Alder*</b>	.1181007	.0515498	.0151373
<b>Civilstand*</b>	-.1641175	-.0500051	.0093075
<b>Køn*</b>	.1936015	.059153	.0105891
<b>Etnicitet*</b>	.0456886	.0184913	.0104993
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3463653	.2956467	.013006
<b>Hjerneblødning*</b>	.0445987	.0536583	.0181088
<b>Uddannelse*</b>	-.0854402	-.0629413	.0116508
<b>Alder*</b>	.1447305	.1476047	.0163569
<b>Køn*</b>	-.0639482	-.0456523	.0109154
<b>Indirekte arbejdsmarkedspå social eksklusion</b>			
<b>Hjerneblødning*</b>	.0294698	.0354562	.0069018

Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3463653	.2956467	.013006
<b>Hjerneblødning*</b>	.0740685	.0891146	.0192634
<b>Uddannelse*</b>	-.0854402	-.0629413	.0116508
<b>Alder*</b>	.1447305	.1476047	.0163569
<b>Køn*</b>	-.0639482	-.0456523	.0109154
Direkte effekter på indkomst			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2356855	-.3117845	.0201644
<b>Hjerneblødning*</b>	.0021533	.0034272	.0241141
<b>Uddannelse*</b>	.1115209	.1086805	.0158632
<b>Alder*</b>	-.0584258	-.0788255	.0235485
<b>Civilstand*</b>	.2481876	.2337364	.0163953
<b>Etnicitet*</b>	-.0350492	-.0438454	.0188721
Indirekte effekt indkomst			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.0816333	-.0921781	.0040551
<b>Hjerneblødning*</b>	-.0174569	-.0277845	.0062691
<b>Uddannelse*</b>	.020137	.0196241	.0038479
<b>Alder*</b>	-.0341109	-.0460209	.0059048
<b>Køn*</b>	.0150717	.0142337	.0035256
Total effekt på indkomst			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2356855	-.3117845	.0201644
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.0816333	-.0921781	.0040551
<b>Hjerneblødning*</b>	-.0153036	-.0243574	.0247919
<b>Uddannelse*</b>	.1316579	.1283046	.0161945
<b>Alder*</b>	-.0925367	-.1248463	.0238513
<b>Civilstand*</b>	.2481876	.2337364	.0163953
<b>Køn*</b>	.0150717	.0142337	.0035256
<b>Etnicitet*</b>	-.0350492	-.0438454	.0188721
Total effekt på sygdommens sværhedsgrad			
<b>Hjerneblødning*</b>	.0850831	.1199278	.0227409

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke  
signifikant

## Den politiske dimension

*Fit statistics, den politiske dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.07
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.87
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.051

*Forklaringskraft den politiske dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.56

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimator, den politiske dimension<sup>82</sup>*

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standardfejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	-.0405697	-.0121297	.0117853
<b>Sygdommens sværhedsgrad**</b>	.1123594	.0287369	.0126037
<b>Indkomst***</b>	-.0058952	-.0012798	.0081724
<b>Uddannelse*</b>	-.121467	-.0253134	.0082512
<b>INDIVIDUEL1*</b>	.1201929	.0775292	.0406777
<b>INDIVIDUEL2*****</b>	.6545989	.260825	.6103855

---

<sup>82</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>SOCIAL*</b>	.2742264	.1045475	.0248613
<b>Hjerneblødning*</b>	.0433834	.0184344	.4525406
<b>Alder****</b>	-.0373976	-.0108517	.0122851
<b>Køn**</b>	.1228818	.0252019	.0079405
<b>Etnicitet**</b>	.014256	.0043779	.0106285
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	.0013704	.0004097	.0000406
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	-.0139364	-.0035643	.0002216
<b>Uddannelse</b>	.0014751	.0003074	.0001945
<b>Hjerneblødning*</b>	.040782	.017329	.4523795
<b>Alder</b>	-.0484247	-.0140514	.004487
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	-.0391993	-.01172	.0117854
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	.0984231	.0251726	.0126057
<b>Indkomst</b>	-.0058952	-.0012798	.0081724
<b>Uddannelse</b>	-.1199919	-.025006	.0082535
<b>INDIVIDUEL1</b>	.1201929	.0775292	.0406777
<b>INDIVIDUEL2</b>	.6545989	.260825	.6103855
<b>SOCIAL</b>	-.2742264	-.1045475	.0248613
<b>Hjerneblødning*</b>	.0841654	.0011054	.015485
<b>Alder</b>	-.0858223	-.024903	.0121066
<b>Køn</b>	.1228818	.0252019	.0079405
<b>Etnicitet</b>	.014256	.0043779	.0106285
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	.3555257	.3041248	.0189086
<b>Uddannelse</b>	-.0598743	-.0417334	.0163932
<b>Hjerneblødning*</b>	.0493632	.0701551	.0312722
<b>Alder</b>	.1323622	.1284595	.022967
<b>Indirekte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Hjerneblødning*</b>	.0226324	.0321653	.0121313

<b>Alder</b>	-0.0214303	-0.0207985	.0082706
<b>Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	.3555257	.3041248	.0189086
<b>Uddannelse</b>	-.0598743	-.0417334	.0163932
<b>Hjerneblødning*</b>	.0719957	.1023204	.0334354
<b>Alder</b>	.1109319	.1076611	.0214547
<b>Direkte effekt på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	-.2324584	-.3201608	.0316975
<b>Uddannelse</b>	.1479038	.141986	.0234595
<b>Hjerneblødning*</b>	.0106548	.0208556	.0447492
<b>Alder</b>	.0489249	.0653966	.0330701
<b>Indirekte effekt på indkomst</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	-.0826449	-.0973688	.0060538
<b>Uddannelse</b>	.0139183	.0133614	.0052485
<b>Hjerneblødning*</b>	-.016736	-.032759	.0111852
<b>Alder</b>	.027151	.036292	.0149932
<b>Total effekt på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	-.2324584	-.3201608	.0316975
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	-.0826449	-.0973688	.0060538
<b>Uddannelse</b>	.1618221	.1553474	.0240394
<b>Hjerneblødning*</b>	-.0060812	-.0119034	.0459045
<b>Alder</b>	.0760758	.1016885	.031626
<b>Total effekt på sygdommens sværhedsgrad</b>			
<b>Hjerneblødning*</b>	.0636591	.1057635	.0393434
<b>Total effekt INDIVIDUEL 1</b>			
<b>Hjerneblødning*</b>	.0448713	.0295589	.0224576
<b>Total effekt INDIVIDUEL 2</b>			
<b>Hjerneblødning*</b>	.0694609	.074075	.0535232
<b>Total Effekt SOCIAL</b>			
<b>Hjerneblødning*</b>	.0211961	.0236243	.0340981

Total effekt uddannelse			
<b>Alder*</b>	.357922	.4983648	.030851

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant



# Appendix J: Sansehandicaps, output tabeller

## Den psykologisk, individuelle dimension

*Fit statistics, den psykologisk individuelle dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.07
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.9
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.040

*Forklaringskraft den psykologisk individuelle dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Individuel social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.72

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimer, den psykologisk individuelle dimension<sup>83</sup>*

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standard fejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	-.0188943	-.0085735	.0056797
<b>Indkomst*</b>	-.0358908	-.0151323	.0049497

---

<sup>83</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.8309442	.358661	.00903
<b>Sansehandicaps*</b>	.0074408	.0035731	.0052007
<b>Uddannelse*</b>	.1346956	.0558315	.0049665
<b>Alder*</b>	-.1683083	-.0917799	.0074943
<b>Civilstand****</b>	-.0118543	-.0049224	.0051032
<b>Køn*</b>	-.0417924	-.0164472	.0043121
<b>Etnicitet*</b>	.0350973	.0187481	.0056732
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.0102372	.0046453	.0001462
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.0033987	-.001467	.0000325
<b>Sansehandicaps*</b>	.0936013	.0449471	.0039311
<b>Uddannelse*</b>	-.0035788	-.0014834	.0009101
<b>Alder*</b>	.0004302	.0002346	.0015453
<b>Civilstand*</b>	-.0092665	-.0038479	.0012671
<b>Køn*</b>	.0004251	.0001673	.0002353
<b>Etnicitet**</b>	.0019943	.0010653	.0003862
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.0086571	-.0039283	.0056816
<b>Indkomst*</b>	-.0358908	-.0151323	.0049497
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.8275455	.3571941	.00903
<b>Sansehandicaps*</b>	.1010421	.0485202	.0064777
<b>Uddannelse****</b>	.1311167	.0543481	.0049183
<b>Alder*</b>	-.1678782	-.0915453	.0073788
<b>Civilstand*</b>	-.0211208	-.0087703	.0049531
<b>Køn*</b>	-.0413673	-.0162799	.0043033
<b>Etnicitet*</b>	.0370916	.0198134	.0056699
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3925879	.3734406	.0082717
<b>Sansehandicaps*</b>	.0315103	.0333461	.0091912
<b>Uddannelse*</b>	-.1267462	-.1157799	.0079797

<b>Alder*</b>	.2234095	.2684824	.01061
<b>Køn*</b>	-.0491045	-.042588	.0074711
<b>Indirekte arbejdsmarkedspå social eksklusion</b>			
<b>Sansehandicaps*</b>	.0445573	.0471532	.0040834
<b>Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3925879	.3734406	.0082717
<b>Sansehandicaps*</b>	.0760676	.0804993	.0099528
<b>Uddannelse*</b>	-.1267462	-.1157799	.0079797
<b>Alder*</b>	.2234095	.2684824	.01061
<b>Køn*</b>	-.0491045	-.042588	.0074711
<b>Direkte effekter på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.285232	-.3069762	.00966
<b>Sansehandicaps*</b>	.0013762	.0015674	.0100539
<b>Uddannelse*</b>	.1302868	.1280871	.009041
<b>Alder*</b>	-.065873	-.0851977	.0130236
<b>Civilstand*</b>	.2581861	.254283	.0096554
<b>Etnicitet*</b>	-.0555656	-.0703994	.0109997
<b>Indirekte effekt indkomst</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1119786	-.1146374	.0025392
<b>Sansehandicaps*</b>	-.0216969	-.0247114	.0031527
<b>Uddannelse*</b>	.0361521	.0355417	.0026928
<b>Alder*</b>	-.0637235	-.0824177	.0041635
<b>Køn*</b>	.0140062	.0130735	.0023301
<b>Total effekt på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.285232	-.3069762	.00966
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1119786	-.1146374	.0025392
<b>Sansehandicaps*</b>	-.0203207	-.0231439	.0104903
<b>Uddannelse*</b>	.1664389	.1636288	.0092702
<b>Alder*</b>	-.1295965	-.1676154	.0130028
<b>Civilstand*</b>	.2581861	.254283	.0096554

<b>Køn*</b>	.0140062	.0130735	.0023301
<b>Etnicitet*</b>	-.0555656	-.0703994	.0109997
<b>Total effekt på sygdommens sværhedsgrad</b>			
<b>Sansehandicaps*</b>	.1134964	.126267	.0105707

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\*\*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant

## Den livstilmæssige, individuelle dimension

*Fit statistics, livstilmæssige, individuelle dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.07
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.9
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.039

*Forklaringskraft den livstilmæssige, individuelle dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Individuel social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.78

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimer, den livstilmæssige, individuelle dimension*<sup>84</sup>

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standardfejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	.0345809	.0095823	.0069139
<b>Indkomst*</b>	-.1113205	-.0289061	.0068745
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.2006505	.0535147	.0077731
<b>Sansehandicaps*</b>	-.0003276	-.0000953	.0062304

---

<sup>84</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Uddannelse*</b>	-.2490029	-.0635787	.0071971
<b>Alder*</b>	-.1072006	-.0364428	.008275
<b>Civilstand****</b>	-.213996	-.0556619	.007462
<b>Køn*</b>	.6844872	.1663971	.010377
<b>Etnicitet*</b>	-.1251527	-.0402726	.0070312
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.0308185	.0085397	.0002781
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.0263303	.0070224	.0001516
<b>Sansehandicaps*</b>	.0272613	.0079314	.0012662
<b>Uddannelse*</b>	-.024296	-.0062036	.001417
<b>Alder*</b>	.0231223	.0078604	.0022038
<b>Civilstand*</b>	-.0297064	-.0077269	.0018591
<b>Køn*</b>	-.0030062	-.0007308	.0003138
<b>Etnicitet**</b>	.006567	.0021132	.0005915
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.0653994	.018122	.0069195
<b>Indkomst*</b>	-.1113205	-.0289061	.0068745
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.2269808	.0605371	.0077746
<b>Sansehandicaps*</b>	.0269338	.0078361	.0062286
<b>Uddannelse***</b>	-.2732989	-.0697823	.0076245
<b>Alder*</b>	-.0840783	-.0285824	.0080427
<b>Civilstand*</b>	-.2437024	-.0633887	.0075436
<b>Køn*</b>	.6814811	.1656663	.0102884
<b>Etnicitet*</b>	-.1185857	-.0381594	.0069587
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.4026068	.3875081	.008365
<b>Sansehandicaps*</b>	.0279581	.0293547	.0091186
<b>Uddannelse*</b>	-.1296631	-.1194788	.0080417
<b>Alder*</b>	.2251269	.2761903	.010806
<b>Køn*</b>	-.0459662	-.040326	.0075551

Indirekte arbejdsmarkedspå social eksklusion			
<b>Sansehandicaps*</b>	.044545	.0467701	.0041663
Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.4026068	.3875081	.008365
<b>Sansehandicaps*</b>	.0725031	.0761248	.0099284
<b>Uddannelse*</b>	-.1296631	-.1194788	.0080417
<b>Alder*</b>	.2251269	.2761903	.010806
<b>Køn*</b>	-.0459662	-.040326	.0075551
Direkte effekter på indkomst			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.276845	-.2954306	.0096207
<b>Sansehandicaps*</b>	-.0028693	-.0032149	.0099037
<b>Uddannelse*</b>	.1420773	.1397069	.009037
<b>Alder*</b>	-.0754501	-.0987778	.0131222
<b>Civilstand*</b>	.266855	.2673089	.0097445
<b>Etnicitet*</b>	-.0589921	-.0731054	.0107901
Indirekte effekt indkomst			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1114597	-.1144818	.0024713
<b>Sansehandicaps*</b>	-.0200721	-.0224896	.0030232
<b>Uddannelse*</b>	.0358966	.0352977	.0026392
<b>Alder*</b>	-.0623253	-.0815951	.0041536
<b>Køn*</b>	.0127255	.0119135	.0022655
Total effekt på indkomst			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.276845	-.2954306	.0096207
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.1114597	-.1144818	.0024713
<b>Sansehandicaps*</b>	-.0229414	-.0257045	.0103142
<b>Uddannelse*</b>	.1779739	.1750046	.0092396
<b>Alder*</b>	-.1377753	-.1803729	.0130604
<b>Civilstand*</b>	.266855	.2673089	.0097445
<b>Køn*</b>	.0127255	.0119135	.0022655
<b>Etnicitet*</b>	-.0589921	-.0731054	.0107901

Total effekt på sygdommens sværhedsgrad			
<b>Sansehandicaps*</b>	.1106414	.1206945	.0104309

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant



## Den sociale dimension

*Fit statistics, den sociale dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.06
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.9
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.038

*Forklaringskraft den sociale dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.35

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimator, den sociale dimension<sup>85</sup>*

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standard fejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	-.1009807	-.0440299	.0134126
<b>Indkomst*</b>	-.0925468	-.0305403	.0099327
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.5225148	.1936305	.0235089
<b>Sansehandicaps*</b>	-.0055481	-.0022416	.0105789
<b>Uddannelse*</b>	-.0652698	-.0209354	.0106404
<b>Alder*</b>	.1018162	.0452074	.0159621

---

<sup>85</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>Civilstand****</b>	-.1314601	-.0408295	.0096108
<b>Køn*</b>	.1929725	.0600298	.0106032
<b>Etnicitet*</b>	.0464762	.0190959	.0106698
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	.021946	.009569	.00061
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.026781	-.0099244	.0004455
<b>Sansehandicaps*</b>	.0530021	.0214148	.0041939
<b>Uddannelse*</b>	-.0033624	-.0010785	.0014429
<b>Alder*</b>	-.006541	-.0029043	.0021899
<b>Civilstand*</b>	-.0227056	-.007052	.0023465
<b>Køn*</b>	.0054018	.0016804	.0007253
<b>Etnicitet**</b>	.0032822	.0013486	.0007188
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.0790346	-.0344609	.0134264
<b>Indkomst*</b>	-.0925468	-.0305403	.0099327
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.4957338	.1837062	.0235131
<b>Sansehandicaps*</b>	.047454	.0191732	.0113167
<b>Uddannelse****</b>	-.0686322	-.0220139	.0106771
<b>Alder*</b>	.0952752	.0423031	.0160519
<b>Civilstand*</b>	-.1541658	-.0478815	.0094251
<b>Køn*</b>	.1983743	.0617102	.0107207
<b>Etnicitet*</b>	.0497584	.0204445	.0107
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3388515	.2879886	.0129266
<b>Sansehandicaps*</b>	.0161171	.0149348	.014096
<b>Uddannelse*</b>	-.0900206	-.0662218	.0115862
<b>Alder*</b>	.1492594	.1519934	.0163534
<b>Køn*</b>	-.068347	-.048762	.0109171
<b>Indirekte arbejdsmarkedspå social eksklusion</b>			
<b>Sansehandicaps*</b>	.0360752	.0334287	.0052388

Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	.3388515	.2879886	.0129266
<b>Sansehandicaps*</b>	.0521922	.0483635	.0148954
<b>Uddannelse*</b>	-.0900206	-.0662218	.0115862
<b>Alder*</b>	.1492594	.1519934	.0163534
<b>Køn*</b>	-.068347	-.048762	.0109171
Direkte effekter på indkomst			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2371346	-.3133231	.019973
<b>Sansehandicaps*</b>	-.0161931	-.0198262	.0185394
<b>Uddannelse*</b>	.1132094	.110037	.0156723
<b>Alder*</b>	-.0567891	-.0764092	.0234787
<b>Civilstand*</b>	.2453422	.2309088	.0162303
<b>Etnicitet*</b>	-.0354649	-.0441567	.0186451
Indirekte effekt indkomst			
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.0803534	-.0902335	.0040502
<b>Sansehandicaps*</b>	-.0123766	-.0151534	.004766
<b>Uddannelse*</b>	.021347	.0207488	.0038637
<b>Alder*</b>	-.0353946	-.047623	.0059557
<b>Køn*</b>	.0162074	.0152783	.0035565
Total effekt på indkomst			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion*</b>	-.2371346	-.3133231	.019973
<b>Sygdommens sværhedsgrad*</b>	-.0803534	-.0902335	.0040502
<b>Sansehandicaps*</b>	-.0285697	-.0349796	.0191032
<b>Uddannelse*</b>	.1345564	.1307858	.016004
<b>Alder*</b>	-.0921836	-.1240322	.0237876
<b>Civilstand*</b>	.2453422	.2309088	.0162303
<b>Køn*</b>	.0162074	.0152783	.0035565
<b>Etnicitet*</b>	-.0354649	-.0441567	.0186451
Total effekt på sygdommens sværhedsgrad			
<b>Sansehandicaps*</b>	.106463	.1160766	.0174289

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke  
signifikant

## Den politiske dimension

*Fit statistics, den politiske dimension*

Fit statistics	Beskrivelse	Værdi
<b>P&gt;Chi2</b>	Modellens samlede Chi <sup>2</sup> værdi	0.000
<b>RMSEA</b>	Root Mean Squared Error of approximation	0.07
<b>CFI</b>	Comparative Fit Index	0.87
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean squared residual	0.051

*Forklaringskraft den politiske dimension*

Parameter	Type af variabel	Forklaret varians i modellen, R <sup>2</sup>
<b>Social eksklusion</b>	Afhængig, latent	0.49

*Modellens effekter, Maximum likelihood estimator, den politiske dimension<sup>86</sup>*

Parameter	Standardiseret koefficient	Ustandardiseret koefficient	Standardfejl
<b>Direkte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion****</b>	-.0343184	-.010251	.0115165
<b>Sygdommens sværhedsgrad**</b>	.1129993	.0287485	.0123891
<b>Indkomst***</b>	-.0073183	-.0015949	.0081237
<b>Uddannelse*</b>	-.1257892	-.0262967	.0081876
<b>INDIVIDUEL1*</b>	.1272995	.0805179	.0395174
<b>INDIVIDUEL2*****</b>	.5849835	.2078776	.1381569

---

<sup>86</sup> Analysen er foretaget på z-standardiserede variable, fremfor på rådata, da STATA's SEM modul i de fleste tilfælde fungerer bedre med z-standardiserede variable. Størrelsen på ustandardiserede koefficienter og standardfejl afspejler således dette og kan ikke direkte oversættes til de oprindelige værdier på variablene.

<b>SOCIAL*</b>	.2575169	.0943255	.0236852
<b>Sansehandicaps*</b>	.0499068	.0127878	.6355511
<b>Alder****</b>	-.0416636	-.0121149	.012294
<b>Køn**</b>	.1170968	.0240768	.0078479
<b>Etnicitet**</b>	.0208168	.006357	.0104424
<b>Indirekte effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	.0017116	.0005113	.00005
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	.0116228	.002957	.0001832
<b>Uddannelse</b>	.0011328	.0002368	.0001638
<b>Sansehandicaps*</b>	.0093662	.0047903	.6354967
<b>Alder</b>	-.0492294	-.0143149	.0044593
<b>Total effekt på social eksklusion</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	-.0326067	-.0097397	.0115166
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	.1013765	.0257915	.0123905
<b>Indkomst</b>	-.0073183	-.0015949	.0081237
<b>Uddannelse</b>	-.1246564	-.0260599	.0081893
<b>INDIVIDUEL1</b>	.1272995	.0805179	.0395174
<b>INDIVIDUEL2</b>	.5849835	.2078776	.1381569
<b>SOCIAL</b>	.2575169	.0943255	.0236852
<b>Sansehandicaps*</b>	.0592723	.0079976	.009421
<b>Alder</b>	-.0908931	-.0264298	.0121287
<b>Køn</b>	.1170968	.0240768	.0078479
<b>Etnicitet</b>	.0208168	.006357	.0104424
<b>Direkte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	.3564528	.303601	.0188061
<b>Uddannelse</b>	-.067218	-.0470441	.0163815
<b>Sansehandicaps*</b>	-.0191822	-.016455	.0190798
<b>Alder</b>	.1437736	.1399604	.0231757
<b>Indirekte effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sansehandicaps*</b>	.0394025	.0338004	.0074704

<b>Alder</b>	-.0238143	-.0231826	.0082007
<b>Total effekt på arbejdsmarkedseksklusion</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	.3564528	.303601	.0188061
<b>Uddannelse</b>	-.067218	-.0470441	.0163815
<b>Sansehandicaps*</b>	.0202203	.0173455	.020309
<b>Alder</b>	.1199594	.1167778	.021665
<b>Direkte effekt på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	-.233883	-.3205693	.0313252
<b>Uddannelse</b>	.1447058	.1388126	.0233096
<b>Sansehandicaps*</b>	-.011399	-.0134026	.0269912
<b>Alder</b>	.051604	.0688545	.033222
<b>Indirekte effekt på indkomst</b>			
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	-.0833683	-.0973252	.0060287
<b>Uddannelse</b>	.0157211	.0150809	.0052514
<b>Sansehandicaps*</b>	-.0047292	-.0055604	.0065331
<b>Alder</b>	.0232105	.0309695	.0149298
<b>Total effekt på indkomst</b>			
<b>Arbejdsmarkedseksklusion</b>	-.233883	-.3205693	.0313252
<b>Sygdommens sværhedsgrad</b>	-.0833683	-.0973252	.0060287
<b>Uddannelse</b>	.1604269	.1538935	.0238938
<b>Sansehandicaps*</b>	-.0161282	-.018963	.0277632
<b>Alder</b>	.0748145	.099824	.0317366
<b>Total effekt på sygdommens sværhedsgrad</b>			
<b>Sansehandicaps*</b>	.1105405	.1113318	.0236197
<b>Total effekt INDIVIDUEL 1</b>			
<b>Sansehandicaps*</b>	.0108452	.0043935	.0137395
<b>Total effekt INDIVIDUEL 2</b>			
<b>Sansehandicaps*</b>	.0637888	.0459957	.0309438
<b>Total Effekt SOCIAL</b>			
<b>Sansehandicaps*</b>	.0313999	.0219655	.0228718

Total effekt uddannelse			
<b>Alder*</b>	.3542841	.4927853	.0306922

\*Signifikant på 0.0001 niveau, \*\* signifikant på 0.01, \*\* \*signifikant på 0.05 niveau, \*\*\*\* Ikke signifikant



## RESUMÉ

Arbejdsløshed eller arbejdsmarkedseksklusion sættes oftest i forbindelse med social eksklusion, og den dominerende opfattelse er, at deltager man ikke på arbejdsmarkedet, må man nødvendigvis også blive socialt marginaliseret.

Denne afhandling sætter et kritisk fokus på forestillingen om arbejdsmarkedsdeltagelsens afgørende betydning for det sociale liv og den generelle samfundsmæssige deltagelse og inklusion med særligt fokus på kronisk syge og handicappede.

Gennem en teoretisk videreudvikling af social eksklusionsbegrebet analyseres sammenhængen mellem kronisk sygdom/handicap og social eksklusion, og i særdeleshed hvordan arbejdsmarkedseksklusion påvirker denne sammenhæng. Analyserne er foretaget på et stort datasæt bestående af et spørgeskema på knap 25.000 respondenter, der er koblet sammen med Danmarks Statistiks registre og DREAM databasen. Ved brug af en avanceret, statistisk metode, strukturelle ligningsmodeller, analyseres den komplekse sammenhæng mellem de tre fænomener.

Resultaterne viser med al tydelighed, at hvor kronisk sygdom og handicap har afgørende betydning for den sociale eksklusion, så spiller arbejdsmarkedseksklusion ingen central rolle. Hverken som en selvstændig årsag til social eksklusion eller som en faktor, der kan forværre den allerede eksisterende social eksklusion forårsaget af helbredsmæssige begrænsninger.